

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE - UNICENTRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DESENVOLVIMENTO
COMUNITÁRIO

FABIOLA FERREIRA DE SOUZA

CARTOGRAFIA DE ITINERÁRIOS DE CUIDADO DE SAÚDE MENTAL EM UMA
CIDADE DA 6ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

IRATI

2018

FABIOLA FERREIRA DE SOUZA

CARTOGRAFIA DE ITINERÁRIOS DE CUIDADO DE SAÚDE MENTAL EM UMA
CIDADE DA 6ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, como requisito para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Comunitário. Linha de Pesquisa: Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Zambenedetti.

IRATI
2018

Catálogo na Fonte
Biblioteca da UNICENTRO

SOUZA, Fabíola Ferreira de.
S729c Cartografia de itinerários de cuidado de saúde mental em uma cidade da 6ª
Regional de saúde do Paraná / Fabíola Ferreira de Souza. – Irati, PR : [s.n], 2018.
143f.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Zambenedeti
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em
Desenvolvimento Comunitário. Linha de Pesquisa: Processos do
desenvolvimento humano nos contextos comunitários. Universidade Estadual
do Centro-Oeste, PR.

1. Saúde Pública. 2. Desinstitucionalização. 3. Redes. 4.Reforma Psiquiátrica.
5. ESF. 6. Estratégias de Saúde da Família. I. Zambenedeti, Gustavo. II.
UNICENTRO III. Título.

CDD 614.981



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

TERMO DE APROVAÇÃO

FABÍOLA FERREIRA DE SOUZA

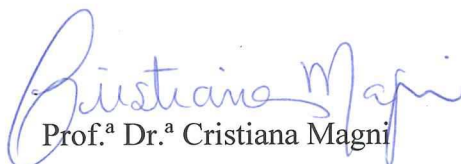
CARTOGRAFIA DE ITINERÁRIOS DE CUIDADO DE SAÚDE MENTAL DE UMA CIDADE DA 6ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Dissertação aprovada em 11/05/2018 como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:


Prof. Dr. Gustavo Zambenedetti

Instituição: UNICENTRO


Prof.ª Dr.ª Cristiana Magni

Instituição: UNICENTRO


Prof.ª Dr.ª Cláudia Maria Perrone

Instituição: UFSM

Irati, 11 de maio de 2018.

Home Page: <http://www.unicentro.br>

Campus Santa Cruz: Rua Salvatore Renna – Padre Salvador, 875 – Cx. Postal 3010 – Fone: (42) 3621-1000 – FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR

Campus CEDETEG: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-080 – GUARAPUAVA – PR
Campus de Irati: PR 153 – Km 07 – Riozinho – Cx. Postal, 21 – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.500-000 – IRATI – PR

Dedico à minha amada família;
Aos sujeitos que desviam a norma:
Usuários e militantes.

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho é o reflexo de um itinerário de bons encontros que a universidade e o trabalho permitiram.

Agradeço aos bons encontros que nos inquietam e nos mobilizam para militância como Karina, Lina e Thaís do Coletivo InspiraSUS e meninas da Roda Pagu.

Aos professores que se comprometem com o que ensinam, Michele e Raquel.

Aos amigos que acompanharam a expectativa da chegada e da partida, Ronny, Suzi, Eimy e Poliana.

Agradeço a sensibilidade e comprometimento do orientador Gustavo, que acompanhou passos, ora lentos e ora rápidos de um processo de escrita de intensas inquietações. Guiou a pesquisa com paciência e disposição, desde supervisões, leituras e discussões: em espaços e temporalidades diversos. Sempre online.

Agradeço a escuta cuidadosa do meu companheiro de vida Guilherme. E ao olhar sensível da minha mãe.

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica, sob o viés da desinstitucionalização, propõe uma mudança de paradigma em relação ao fenômeno da loucura, no qual o sujeito deixa de ser reduzido à doença e passa a ser considerado em uma perspectiva complexa e integral. Diante disso, propõe-se a diversificação das estratégias de cuidado e pontos de atenção, abrindo a possibilidade de composição de diferentes percursos na constituição do cuidado. O trabalho visa compor uma cartografia dos itinerários terapêuticos de usuários da rede de saúde mental de uma cidade da 6ª Regional de Saúde do Paraná por meio de narrativas. Trata-se de uma cartografia, utilizando como dispositivos para a produção dos dados as entrevistas e a construção do diário de pesquisa. Foram entrevistados cinco participantes escolhidos junto às equipes de cinco Estratégias de Saúde da Família – ESF que compõe o município. Os participantes escolhidos tinham sofrimento psíquico grave e eram casos que as equipes identificavam como complexos, mobilizando as equipes. A análise de implicação no processo constituiu-se como importante ferramenta de análise, considerando que a pesquisadora é também técnica de psicologia do campo estudado. Pudemos observar o papel do itinerário terapêutico como uma possibilidade de desenhar o percurso do sujeito na rede de saúde mental a partir da experiência. Observamos que apesar de a política pública trazer a proposta de um modelo de cuidado de base comunitária, as experiências dos sujeitos são fortemente marcadas pela internação psiquiátrica. Os itinerários terapêuticos possibilitaram reflexões sobre as possibilidades de cuidado nas redes, barreiras de acesso, os rumos da reforma psiquiátrica e especificidades paranaenses. Refletindo a importância de a Reforma Psiquiátrica acontecer na cultura, desde as políticas públicas aos modos de produzir saúde nas redes informais dos sujeitos. A ferramenta possibilitou a análise de desafios e potencialidades do cuidado ofertado e produzido nas redes. Afirmamos a importância de pensar os impactos dos modelos de cuidado nos sujeitos com sofrimento psíquico, considerando as mudanças políticas na saúde mental e no Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil.

PALAVRAS CHAVE: Cartografia; Desinstitucionalização; Itinerário Terapêutico; Redes; Saúde Mental.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform, under the bias of deinstitutionalization, proposes a paradigm shift in relation to the phenomenon of madness, in which the subject ceases to be reduced to the disease and begins to be considered in a complex and integral perspective. In view of this, it is proposed to diversify care strategies and attention points, opening the possibility of composing different pathways in the constitution of care. The work aims to compose a map of the therapeutic itineraries of users of the mental health network of a city of the 6th Regional Health of Paraná through narratives. It is a cartography, using as devices for the production of the data the interviews and the construction of the research diary. Five selected participants were interviewed together with the teams of five Family Health Strategies - ESF that make up the municipality. The chosen participants had severe psychic suffering and were cases that the teams identified as complex, mobilizing the teams. The analysis of implication in the process constituted as an important tool of analysis, considering that the researcher is also a field psychology technician. We could observe the role of the therapeutic itinerary as a possibility to draw the subject's path in the mental health network from experience. We observed that although public policy brings the proposal of a model of community-based care, the subjects' experiences are strongly marked by psychiatric hospitalization. The therapeutic itineraries allowed reflections on the possibilities of care in the networks, access barriers, the directions of the psychiatric reform and specificities of Paraná. Reflecting the importance of the Psychiatric Reform in culture, from the public policies to the ways of producing health in the informal networks of the subjects. The tool made it possible to analyze the challenges and potentialities of the care offered and produced in the networks. We affirm the importance of thinking about the impacts of care models on the subjects with psychic suffering, considering the political changes in mental health and the Unified Health System - SUS in Brazil.

KEYWORDS: Cartography; Deinstitutionalization; Therapeutic Itinerary; Networks; Mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ACS: Agente Comunitário de Saúde

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CECCOs: Centros de Convivência e Cooperativa

CES: Conselho estadual de Saúde

CID: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

DISC: Discrimination and Stigma Scale (Escala de Discriminação e Estigma)

DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EIV: Estágio Interdisciplinar de Vivência

ESF: Estratégias de Saúde da Família

EUA: Estados Unidos da America

GGAM: Guia de Gestão Autônoma de Medicação

GM: Gabinete do Ministro/MS

HIV: Human Immunodeficiency Virus

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INTERVOICE: The International Network for Training, Education and Research into Hearing Voices

MASA: Movimento Aprendizes da Sabedoria

MG: Minas Gerais

MS: Ministério da Saúde

MST: Movimento Sem Terra

MTSM: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS: Núcleos de Atenção Psicossocial

NASF: Núcleo de Apoio às Estratégias de Saúde da Família

PE: Pernambuco

PEC: Proposta de Emenda Constitucional

PNASH: Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PP: Partido Progressista

PPSUS: Programa de Pesquisas Para o SUS

PR: Paraná

PT: Partido dos Trabalhadores

RASs: Redes de Atenção à Saúde

RJ: Rio de Janeiro

RS: Regional de Saúde

RS: Rio Grande do Sul

SC: Santa Catarina

SESA: Secretaria Estadual de Saúde

SP: São Paulo

SSCF: Serviço de Saúde Doutor Cândido Ferreira

SUS: Sistema Único de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família

VER-SUS: Vivências e Estágios na Realidade do SUS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01 - Serviços de referência em Saúde Mental por Regional de Saúde do Paraná	30
Quadro 02 - Relação de artigos selecionados que abordam o Itinerário terapêutico no campo da saúde a partir das plataformas SCIELO e PEPSIC	39
Figura 1 – Fotografia da carta de Eco	142

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
1.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA: COMPLEXIDADE DOS SUJEITOS E DAS REDES. 18	
1.1.1 A história de um sujeito do desvio.	18
1.1.2 Redes	24
1.1.3 Pistas do processo de construção da Rede de Saúde Mental no Paraná.....	27
1.1.4 A Reforma Psiquiátrica no Paraná	28
1.1.5 Especificidades da 6ª Regional de Saúde do Paraná.....	30
1.2 TERRITÓRIOS	34
1.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS	37
1.3.1 O conceito	37
1.3.2 Colecionando Pistas	39
1.3.3 A experiência do adoecimento/sofrimento.....	48
2 METODOLOGIA.....	51
2.1 APRENDIZ DE CARTÓGRAFO: VAGAR PELA EXPERIÊNCIA.....	51
2.1.1 Análise de Implicação	52
2.1.2 Corpo Vibrátil	53
2.2 PARTICIPANTES E INSTRUMENTOS:	54
2.3 PROCEDIMENTOS:.....	55
2.4 NARRATIVAS: O MODO DE CONTAR.....	56
2.5 LINHAS DE ANÁLISE: CONTORNANDO AS IDEIAS	57
3 RESULTADOS	58
3.1 AS EXPERIÊNCIAS NARRADAS	59
3.1.1 Unidade de Saúde da Família A:.....	60
3.1.2 Unidade de Saúde da Família B:	67
3.1.3 Unidade de Saúde da Família C:	74
3.1.4 Unidade de Saúde da Família D:.....	77
3.1.5 Unidade de Saúde da Família E:	81
4 DISCUSSÃO	84
4.1 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E A COMPOSIÇÃO DAS REDES.....	84
4.1.1 Internações psiquiátricas e a persistência do modelo asilar	86

4.1.2 O papel do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.....	91
4.1.3 Saúde Mental na Atenção Básica	92
4.1.4 Territórios e Possibilidades	96
4.1.5 O papel da comunidade e da família	97
4.1.6 Sabedoria Popular e Religiosidade.....	99
4.1.7 A barreira medidora do acesso: fatores do cuidado.	100
4.1.8 Rede híbrida: o Público e o Privado.....	104
4.1.9 O sujeito com sofrimento psíquico grave e a relação de trabalho.....	107
4.1.10 Estigma.....	109
4.1.11 Compor redes	112
4.2 SUJEITOS	112
4.2.1 Diagnóstico e a Tutela.....	113
4.2.2 A experiência subjetiva do adoecimento psíquico	115
4.2.3 Compartilhar a experiência	116
4.2.4 Ouvir vozes	117
4.3 ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO	120
4.3.1 Experiências que se encontram: a análise de implicação de uma cartografia	120
4.3.2 Campo de Trabalho e Campo de Pesquisa	124
4.3.3 A intervenção no rumo da investigação	124
4.3.4 A intervenção no domínio da investigação	125
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
REFERÊNCIAS	128
APÊNDICE A – INSTRUMENTO: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA DO USUÁRIO	139
ANEXO A – FOTOGRAFIA DA CARTA DE ECO	141

INTRODUÇÃO

O trabalho visou tecer uma cartografia dos itinerários terapêuticos de usuários da rede de saúde mental de uma cidade da 6ª Regional de Saúde do Paraná por meio de narrativas. As narrativas foram produzidas por usuários com histórico de sofrimento psíquico grave, a respeito de como acessaram a rede, qual o plano de cuidado que receberam e o itinerário que percorreram em busca de tratamento e cuidados. Historicamente as ações em saúde mental foram um campo de disputas ideológicas e de lutas por direitos, buscamos compreender como vem acontecendo o movimento da rede de saúde mental hoje a partir da fala de seus usuários sobre os seus itinerários, levando em consideração a experiência desses sujeitos no processo de cuidado trilhado e como se deu o acesso e quais foram as redes que fizeram parte desse percurso na dimensão física, assistencial e simbólica, a partir do conceito de território existencial. Pensar os itinerários terapêuticos nos dá a possibilidade de pensar sobre as múltiplas possibilidades de cuidado que coexistem e analisar tanto o modo como as políticas públicas se estruturam quanto a experiência que os usuários fazem em relação a elas. No processo da pesquisa, fomos percebendo a infinidade de possibilidades de análise de dados e acabamos restringindo nossa análise de dados às entrevistas e narrativas com os sujeitos com sofrimento psíquico grave, excluindo a ideia inicial de compor narrativas também junto aos familiares.

Pensar os modos de produzir conhecimento nos faz mais atentos ao cotidiano, aos encontros com o outro e as lógicas que atravessam as relações com o sofrimento humano. Nesse sentido, as reformas no campo da saúde mental se constituem de uma problematização do sujeito com sofrimento psíquico grave e da produção de doenças no campo da psiquiatria. O trabalho propõe compreender historicamente os modos de cuidado do sujeito com sofrimento psíquico grave e como vem sendo trilhados por eles e pela rede, o que tornou fundamental discutir a concepção de sujeito que tomamos como referência. Pensar uma mudança de paradigma técnico-científico em relação a compreensão de sujeito entra em diálogo com a perspectiva buscada dentro da proposta de um Programa de Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, que busca compreender o ser humano nas suas diversas dimensões, um sujeito situado e constituído nas relações e territórios.

O percurso de cuidado de um sujeito tanto atravessa como também é atravessado por territórios, materiais e imateriais – conceito necessário para compreender os itinerários terapêuticos. Pensar o cuidado como um ato político implica pensar na história e no contexto

em que ele é produzido, nesse sentido tomamos o território existencial carregado de possibilidades, que não diz respeito apenas ao aspecto físico, mas também à sua história, as relações de poder pelas quais são atravessados, produzindo modos de vida e de cuidado.

Nesse percurso partimos de um lugar de busca, tomamos as equipes de Estratégias de Saúde da Família - ESF como ponto de partida, considerando a atenção básica como possibilidade de leitura do território local. Consideramos a rede em sua dimensão formal e informal em complementaridade. Por rede formal compreendemos os componentes e ações previstas e regulamentadas através de políticas públicas, regulando serviços e fluxos assistenciais. E por redes informais compreendemos os recursos comunitários, culturais e afetivos que constituem formas de apoio e enfrentamento das vivências de sofrimento psíquico. E dentro dessas múltiplas possibilidades que buscamos traçar os itinerários terapêuticos e compreender a rede em saúde mental.

A noção de sujeito que tomamos no trabalho nos ajuda a pensar também a posição do sujeito-pesquisador. Nesse sentido, ressaltamos a análise de implicação¹ da ação da pesquisadora, visto que passa a constituir uma dupla posição: de pesquisadora e de trabalhadora, entendendo-a como um corpo vibrátil na construção do conhecimento. A Análise Institucional inicialmente tomou o conceito de contratransferência para pensar a realidade dos sujeitos implicados na análise e seguiu com o conceito de contratransferência institucional em que toda a rede de afetos dos sujeitos é ativada (PASSOS e BARROS, 2014). A intervenção do pesquisador considera o plano implicacional em que quem conhece e quem é conhecido se dissolvem nas forças instituintes. Nesse sentido buscamos apontar uma rede de afetos disparada por experiências da pesquisadora anteriores e coexistentes ao processo da pesquisa, o que nos leva a explicitar o percurso histórico do encontro da pesquisadora com o campo da saúde mental.

O espaço da graduação foi o ponto de partida do deslocamento de muitas verdades sobre as coisas que estão institucionalizadas no cotidiano. Entre uma curva e outra, foi possível o encontro com professores que carregam uma artéria de militância na saúde mental, que vamos chamá-los de primeiros estrangeiros. Oxigenados pelos encontros, enquanto um grupo de alunos, tivemos a possibilidade de fazer em 2012 um estágio extracurricular em um serviço de Saúde Mental de Campinas, o Serviço de Saúde Doutor Cândido Ferreira – SSCF, acompanhados pela supervisão e leituras sobre a Reforma Psiquiátrica no Cotidiano. O estágio mostrou um mundo de possibilidades na assistência em saúde mental: oficinas de

¹ Conceito da Análise Institucional

trabalho, planos terapêuticos individuais efetivos, equipe com uma proposta de trabalho interdisciplinar, o cuidado descentralizado, o atendimento à crise humanizado, os residenciais terapêuticos, a multiplicidade de atuação dos Centros de Atenção Psicossociais - CAPS, os Centros de Convivência - CECCO e o samba do grupo Unidos do Candinho! Além de uma vivência de sensibilização política no campo da saúde mental, foi possível compor o Grupo InterInvenções, um grupo de estudos, conversas, debates, inspirações e projetos, como o “Ciclo de Filmes e Debates INSanoINCena”. Em 2013, tomados pelo ímpeto de militar por uma assistência em saúde mental não manicomial e medicalizante e com a união de estudantes mobilizados pela saúde pública, foi possível o nascimento do “Coletivo InspiraSUS”, coletivo atravessado por olhares estrangeiros ao meio acadêmico e de múltiplos ideais de luta, baseado no território paranaense, visou semear a importância dos saberes tradicionais e populares na produção do cuidado em saúde. Com a participação como bolsista de IC em uma pesquisa a respeito das redes de saúde mental na 4ª e 5ª Regionais de Saúde do Paraná², vivências de estágio no CAPS I de Castro/PR e CAPSad de Prudentópolis/PR foi possível disparar reflexões sobre como a produção do cuidado em saúde mental em municípios de pequeno e médio porte vem sendo efetivadas no Paraná, bem como pensar sobre as relações de forças que compõem as políticas públicas, as quais podem tanto auxiliar na produção de vida, como também mediar um processo de docilização. O retorno da vivência em Campinas trouxe junto a pulsação pelos grupos que faziam uso do Guia de Gestão Autônoma de Medicação – GGAM, uma possibilidade de pensar a autonomia a partir do que é uma das instituições mais avassaladoras dos nossos tempos no campo da saúde mental: a medicalização. E sob supervisão da professora Michele da Rocha Cervo iniciamos um grupo de GGAM em unidade de Estratégia de Saúde da Família, levando a aproximação de percursos de usuários da rede de saúde mental narradas a partir da experiência vivida no Paraná.

O Coletivo InspiraSUS retomou no Paraná o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS - VER-SUS, com uma identidade de lutas coletivas, de valorização dos saberes populares, comunidades tradicionais (benzedadeiras, faxinalenses, quilombolas), agroecologia e das redes de cuidado paranaenses interioranas. Além das discussões em saúde pública e disputas político-ideológicas que o Coletivo inspirou, foram construídas três versões da vivência no Interior do Paraná. Além do VER-SUS, o Estágio Interdisciplinar de Vivência Paraná – EIV PR, vivenciado em um acampamento do Movimento Sem Terra – MST,

² Componentes da Rede de Atenção à Saúde Mental: realidade da 4ª e 5ª Regional de Saúde (PR). Edital PPSUS.

ressaltou a importância da organização, luta, respeito e trabalho de base, quando se deseja a mudança de um paradigma, e a importância da mística: o afeto que nos mobiliza, uma dimensão que extrapola o que a produção do conhecimento no paradigma de ciência moderna propõe.

No VER-SUS de 2015 foi possível experimentar o papel de apoiadora como técnica de Psicologia do município que sediou a vivência. Ao ser chamada no concurso público, passei a atuar como técnica de Psicologia na rede de Assistência Social. Diante disso, a realização de uma pesquisa de mestrado abordando o tema da saúde mental surgiu como possibilidade de não distanciar os afetos e discussões da política de saúde mental e do SUS, surgindo então o interesse na proposição do projeto de mestrado envolvendo o tema dos itinerários de cuidado e das narrativas. A partir de 2016, passei a compor a rede assistencial de saúde do município, com uma divisão de carga horária de 20 horas no CAPS e 20 horas no NASF, fazendo assim coincidir o campo de trabalho com o campo a ser pesquisado.

Coexistir como uma técnica de Psicologia da rede de saúde mental e pesquisadora da rede é um elemento de discussão do trabalho. A realidade do cotidiano nos afeta e nos leva a buscar respostas, o que nos mobiliza a produção do conhecimento científico. Nesse percurso utilizamos uma proposta metodológica que considera o processo e a implicação dos sujeitos. A cartografia acompanha o processo em suas diversas dimensões, ajudando a pensar a análise de implicação de um sujeito pesquisador. A proposta cartográfica deve ser entendida, segundo Passos e Barros (2014) como um método em que toda pesquisa possui uma direção clínico-política e a prática clínica atua como uma intervenção geradora de conhecimento. Enquanto o uso da narrativa como um instrumento que ajuda a capturar a dimensão do sujeito que fala além dos diagnósticos e do que está dado no prontuário: da experiência de percorrer e do que se produz a partir do que foi percorrido.

Pensar a política de saúde mental no Brasil nos convoca a refletir sobre o momento político que o país vem enfrentando. Vasconcelos e Mendonça Filho (2009) apontam, a partir de Foucault, que vivemos em uma economia que exerce controles precisos sobre os modos de subjetivação e que para manter esse mecanismo é necessário fazer uso de modelos padronizados na sociedade; e as políticas de inclusão tornam-se políticas de identificação de governo. Em 2017, O governo alterou a Lei 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, e com a Portaria 3.588, aprovada em 21 de dezembro de 2017, passou a promover a ampliação, manutenção e fortalecimento dos leitos em hospitais psiquiátricos; e expansão do credenciamento das comunidades terapêuticas, movimento contrário aos anos de Luta

Antimanicomial – movimento de referência nas denúncias de práticas manicomiais no Brasil (PINHO e RIBEIRO, 2017). Entendemos como fundamental falar de experiências e modos de produção de cuidado na rede a partir de um sujeito complexo, e não de modelos e práticas normativas – e que viabilizem pensar as contradições das políticas públicas em saúde mental.

Depois de recepcionados com nossa proposta de pesquisa, convidamos o(a) leitor(a) à um breve percurso pelo texto. Iniciamos o primeiro capítulo com a Fundamentação Teórica, trazendo possibilidades de discussão acerca dos sujeitos, das redes e dos territórios. Para pensar o sujeito com sofrimento psíquico grave, trazemos os marcos históricos e as relações de forças atreladas aos modos de pensar esse sujeito, e como este se relaciona com a rede. Para isso torna-se necessário pensar as possibilidades que compõem as redes de cuidado na saúde mental e aspectos do território paranaense, e mais especificamente na 6ª Regional de Saúde do Paraná. Pensar a rede nos direciona para as relações do sujeito com o território, em seus aspectos subjetivos, sociológicos e geográfico. E para pensar como o sujeito busca cuidado em uma rede de múltiplos territórios, usamos o itinerário terapêutico no sentido de compreender a experiência dos sujeitos e como o este vem sendo utilizado nas pesquisas em saúde. A singularidade do itinerário de cuidado nos leva a pensar sobre as experiências produzidas nos sujeitos a partir das redes acessadas.

Trazemos as ferramentas utilizadas para o trabalho percorrido no segundo capítulo com a Metodologia. Dividimos a estratégia metodológica em três eixos: a cartografia, como modo de fazer; a narrativa, como modo de contar; e as linhas de análise. Bem como são apresentados os participantes, o campo, os instrumentos, os procedimentos e os aspectos éticos.

Nosso terceiro capítulo direciona para os resultados, trata-se de um lugar especial no nosso percurso, pois é um encontro com as histórias narradas pelos sujeitos da pesquisa. Enquanto no capítulo quatro trazemos um diálogo dos dados com o campo teórico na área, por meio de linhas de análise, transversais entre si e atreladas a eixos principais de discussão: os itinerários terapêuticos e a composição das redes; os sujeitos; e a análise de implicação. O itinerário terapêutico a partir da experiência dos sujeitos permitiu a construção de um desenho na rede de cuidados e trouxe elementos de discussão acerca do funcionamento dos dispositivos e das relações nas múltiplas redes. Enquanto a análise de implicação aponta pistas de uma experiência de pesquisa compartilhada. E por fim, seguimos com considerações finais, referências e anexos que consideramos relevantes para compartilhamento.

Seguimos com a fundamentação teórica, colecionando pistas, com o objetivo principal de cartografar itinerários terapêuticos de usuários e seus familiares da rede de saúde mental de uma cidade da 6ª Regional de Saúde do Paraná, compreendendo como está sendo produzido o cuidado em saúde mental no município; como o usuário e seus familiares acessam o cuidado nas redes de saúde mental; e analisando a relação dos itinerários terapêuticos com as políticas de saúde mental.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA: COMPLEXIDADE DOS SUJEITOS E DAS REDES

A produção de cuidado em relação às pessoas com sofrimento psíquico grave é historicamente atravessada por disputas ideológicas e lutas por direitos. Para estudar esse processo e suas transformações recorreremos aos seus atravessamentos históricos, tomando três conceitos como operadores na construção desta história: sujeito, redes e territórios.

1.1.1 A história de um sujeito do desvio

Paulo Amarante (1996), ao discutir as vertentes que emergiram no processo de Reforma Psiquiátrica, aponta três fundamentais: a desinstitucionalização como desospitalização; a desinstitucionalização como desassistência; e a desinstitucionalização como desconstrução. A desinstitucionalização como desospitalização surge nos EUA, visando a prevenção de internações inadequadas e o retorno do sujeito para a comunidade, *nascida dos projetos de psiquiatria preventiva e comunitária, opera uma crítica ao sistema psiquiátrico, por ser centrado na assistência hospitalar, mas não faz o mesmo com a natureza do saber que o autoriza* (AMARANTE, 1996, p.16). Trata-se de uma visão voltada a pensar na aplicação de técnicas corretas do paradigma psiquiátrico tradicional, essa lógica na prática faz com que os serviços substitutivos aumentem a demanda hospitalar e ampliem a noção de doença para o desvio, fortalecendo o *ideal de ausência de doenças mentais no meio social* (AMARANTE, 1996, p.17). Enquanto a desinstitucionalização como desassistência pensa apenas a desospitalização sem outras estratégias de cuidado. Por último, a desinstitucionalização como desconstrução em que predomina a *crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria, onde inclusive a cidadania ultrapassa o sentido do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos dos cidadãos* (AMARANTE, 1996, p. 20). A experiência italiana é expoente para pensar as mudanças no modelo manicomial pois, por ter ocorrido depois de outros países, pôde aprender com outras experiências e efetivar uma crítica na prática de seus serviços. Tanto a experiência inglesa com as comunidades terapêuticas, como a experiência francesa de setor não fizeram uma crítica na raiz do problema da exclusão, ou seja, não discutia a psiquiatria.

Vários países também vinham enfrentando mudanças no modelo de cuidado em saúde mental, reflexo de uma crise no modelo centrado no hospital psiquiátrico e de lutas de usuários e trabalhadores. A história da Reforma Psiquiátrica no Brasil está atrelada ao movimento sanitário dos anos 70, o qual tinha como foco pensar a saúde em espaços coletivos e de forma ampliada. A reforma sanitária esteve em consonância com o processo de luta contra a ditadura e abertura democrática da época, pois visou mudanças radicais no sistema de saúde, buscando modos de fazer saúde que fossem eficientes e democráticos (PAIVA e TEIXEIRA, 2014). Por volta de 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores, familiares e sindicalistas, o qual denunciava a violência sofrida em manicômios (BRASIL, 2005). Em 1987 em Bauru - SP acontece o II Congresso Nacional do MTSM como o tema “Por uma sociedade sem manicômios”, bem como a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro - RJ, período de surgimento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS no Brasil, junto à experiência prática dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos – SP. No ano seguinte a constituição do Sistema Único de Saúde - SUS, em 1989, a luta da Reforma Psiquiátrica passa a compor o campo legislativo. Entra no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) que visa extinguir os manicômios no país e regulamentar os direitos da pessoa com transtornos mentais (BRASIL, 2005). O Brasil assina a Declaração de Caracas em 14 de novembro de 1990. Nesse mesmo ano acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental, entrando em vigor as normativas que visam a implantação dos serviços de atenção à pessoa com transtornos mentais. Em 2001 a Lei Federal 10.216 redireciona o plano de assistência em saúde mental, buscando o atendimento em serviços na comunidade, visando o cuidado no território comunitário.

Rotelli (1994) aponta que os movimentos que geraram mudanças ascendiam da cultura e que foi na experiência prática da Itália que foi possível convencer os gestores de uma transformação, que não dizia respeito apenas a assistência psiquiátrica, mas também uma crítica à ciência:

Uma crítica muito radical em relação a como a ideologia dominante busca destruir qualquer forma de diversidade em função de uma exigência de produtividade das pessoas, onde as forças não produtivas são excluídas e, como a psiquiatria se prestou a essa lógica, legitimando-a assim chamado “saber”; legitimando esta ideologia dominante através de sua ação no manicômio, como aparência de uma ciência (ROTELLI, 1994, p. 149).

Pensar a compreensão de sujeito na reforma psiquiátrica faz pensar o sujeito da psiquiatria e o paradigma da ciência moderna. Nesse projeto de ciência o sujeito portador de subjetividade poderia, em um lugar neutro e imparcial, guiado pela razão, atingir objetividade científica e garantia de verdades. Nesse sentido, a própria psiquiatria passa a ser questionada. Amarante (1996) aponta que o processo de desinstitucionalização que atravessa a Reforma Psiquiátrica se refere a um sujeito que desafia as verdades produzidas pelo paradigma de ciência moderno.

Na Idade Clássica, anterior à ciência moderna, as questões humanas como alma, paixões, ética e moral, eram esmiuçadas pelos filósofos. O louco era tomado como desprovido de razão e os alienados como violentos e perigosos, mantidos acorrentados para não ameaçar a ordem social e o espaço para aglutinar os loucos *permite o nascimento da psiquiatria* (AMARANTE, 1996, p. 39). Enquanto com Pinel define-se um estatuto patológico para a loucura com propostas teóricas e práticas para lidar com a loucura, refletindo nas práticas institucionais e sociais de relação com ela.

Para Hegel, a loucura é a subversão da hierarquia interna na qual a consciência ordena o universo sensitivo, ideativo e volitivo. Enquanto o indivíduo 'são' a consciência coordena todas as atividades, todos os elementos constitutivos da razão, no alienado um desses elementos foge ao controle e à hierarquia e instala a contradição (AMARANTE, 1996, p. 46).

Nesse sentido, *a loucura é tão maior quanto maior a parcela de razão, pois a contradição é maior* (AMARANTE, 1996, p. 46). Pinel fundamenta a possibilidade de tratar e curar a mente alienada, pois se a questão diz respeito aos excessos das paixões, deve-se buscar contê-las.

O movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira *busca inspiração na crítica epistemológica ao saber médico da psiquiatria, onde inclusive a cidadania ultrapassa o sentido do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos dos cidadãos* (AMARANTE, 1996, p.20).

Baságlia (2005) aponta que na organização do espaço fechado em que o doente mental permaneceu por séculos atribui-se ao médico o papel de moderador dos excessos que a doença podia levar, funcionando como um tutor interno, em que o sujeito é objetificado.

Um sujeito que está em sofrimento, em crise, nem sempre consegue atuar nas atividades laborais, as quais quando massificadas esperam que os sujeitos estejam adaptados aos padrões de produção. Utilizamos ao longo do trabalho o termo sofrimento psíquico, conforme a própria Portaria nº 3.088 de 2011 que dispõe sobre a rede de atenção psicossocial

para pessoas com sofrimento psíquico em decorrência de transtornos mentais graves e persistentes. A discussão de Baságliã (2005) sobre o desvio nos convoca a pensar sobre uma ciência a serviço dos privilegiados, caracterizando os problemas como concretos e ao mesmo tempo produzidos por uma racionalização ideológica. O desvio *como recusa concreta a valores relativos, propostos e definidos como absolutos e imodificáveis* (BASÁGLIA, 2005, p.188), desafiam os valores da norma e precisou ser contido pela ideologia médica ou penal. Estreitando laços entre a ordem pública e a psiquiatria. Nesse sentido, as ideologias técnico-científicas e as instituições vão se adequando conforme as necessidades do capital – controlando os desvios. Dessa forma, o que se afasta da norma é estigmatizado por meio da evolução da ciência, a qual é por sua vez ligada a estrutura socioeconômica e as funções institucionais.

Se a norma é definida em termos de produtividade, o desvio só pode ser definido de maneira análoga: a ideologia do desvio como problema sociopsiquiátrico só serviria então para alimentar a produção de um fenômeno, determinando-lhe a forma mais adequada a ilusão de resolvê-lo (BASÁGLIA, 2005, p.214).

Baságliã (2005) afirma que a ciência cumpre um mandato para legitimar um modelo hegemônico de sociedade, reconhecendo que isso é traduzido na lógica de um sujeito do desvio:

A maioria desviante é agora o último achado ideológico-real do nosso mundo produtivo. O que deve salvar-se é a produção: se três quartos do mundo se revelam abnormes em relação a esse valor dado como absoluto, são ainda esses três quartos do mundo que se desviam (BASÁGLIA, 2005, p. 223).

Pautados em Foucault, Vanconcelos e Mendonça Filho (2009) apontam que temos uma economia que exerce controles precisos e atua na vigilância e administração da população. *Esse tipo de relações de poder põe em circulação práticas discursivas e não-discursivas que, de acordo com interesses particulares, fazem a sua circunscrição em quadros de referência específicos* (VASCONCELOS e MENDONÇA FILHO, 2009). Dessa forma as instituições atuam e produzem modos de subjetivação, tomando as políticas de inclusão e políticas de saúde mental como políticas de identificação de governo, utilizando como estratégia colocar os sujeitos dentro de uma norma: uma sociedade de modelos pré-fabricados. Produz-se um contexto em que um sujeito produtivo deve ser assistido em liberdade, enquanto o sujeito louco circunscrito na doença mental, tomado como improdutivo para o capital, deve estar na invisibilidade (VASCONCELOS e MENDONÇA FILHO, 2009).

Estranhar a realidade e os processos de institucionalização, possibilita a produção de novas práticas, no caso particular da saúde mental é expressa também nos enfrentamentos da Luta Antimanicomial. Pois enquanto a Reforma Psiquiátrica diz respeito ao conjunto de mudanças no paradigma de cuidado em saúde mental, à Luta Antimanicomial trouxe o caráter de movimento social para buscar essa mudança.

Em 18 de maio de 1987, muitos movimentos ligados à saúde denunciaram abusos de instituições psiquiátricas. Pela relevância do encontro a data tornou-se o dia da Luta Antimanicomial. Pois com os movimentos de trabalhadores de saúde mental ficou evidente a necessidade de mudanças no modelo de assistência psiquiátrica no Brasil. Nesse contexto notamos que as mudanças de modelo de cuidado foram fruto de enfrentamentos da Luta Antimanicomial no Brasil, e ainda que a mudança de modelo na política, não garante a mudança na cultura, ela contribui para que aconteça, não sendo raro encontrar sujeitos com sofrimento psíquico grave que defendam os modelos manicomiais. Quando o sujeito sai do internamento e se vê em um mundo aberto as muitas possibilidades, *o doente entra numa nova dimensão de vazio emocional* (BASÁGLIA, 2005, p. 24). E essa mudança de paradigma e leitura de um sujeito em sofrimento precisa atravessar as práticas no cotidiano, uma desinstitucionalização que acontece além da substituição dos hospitais psiquiátricos. O processo de desinstitucionalização diz respeito a reconstrução da complexidade do objeto que as instituições haviam simplificado (ROTELLI, 1994). Para Baságli (2005) o diagnóstico psiquiátrico passou a significar uma rotulação, como um juízo de valor, fazendo com que o doente tenha sido isolado *e colocado entre parênteses pela psiquiatria para que fosse possível nos dedicarmos à definição abstrata de uma doença, da codificação das formas, da classificação dos sintomas, sem precisar temer eventuais possibilidades de sermos desmentidos por uma realidade que já havíamos negado* (BASAGLIA, 1985, p. 125). Nesse sentido o psiquiatra utiliza uma terminologia técnica para sancionar o que a sociedade já excluiu (BASAGLIA, 1985), legitimando a exclusão pelo diagnóstico médico.

Lidar com o que é humano não é tarefa fácil e pensar que o psiquismo se manifesta com dor, confusão ou sofrimento no sentido de proteger e equilibrar o sujeito de um sofrimento, de uma instabilidade, nos impulsiona a pensar os modos como a sociedade compreende e busca cuidado nesse momento de instabilidade, ou crise. Nesse momento é que o sujeito está vulnerável a receber um diagnóstico, o qual pode também funcionar como um rótulo. Ao discutir o estigma, Goffman (1988) aponta que quando reduzimos uma pessoa a um termo, produzimos uma teoria sobre ela, correndo o risco de exercermos várias formas de

discriminação. Entendemos que o termo louco, deficiente mental ou doido, está carregado de preconceitos, fazendo com que o sujeito seja reduzido à crise e não a um sujeito que momentaneamente está em crise e que pode sair dessa condição.

Goffman (1988) aponta o estigma quando ocorre a generalização da totalidade de uma pessoa em uma característica, especialmente quando gera um efeito desqualificador, sendo um termo usado em referência a algo profundamente depreciativo. O estigma está relacionado a um grupo dominante por meio de uma fantasia coletiva, fazendo com que *“um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus”* (GOFFMAN, 1988, p.14). A pessoa que sofre o impacto do estigma passa a acreditar na identidade social que lhe foi prevista a receber, reafirmando isso com alguns de seus atributos. Nesse sentido caracterizar e reduzir a pessoa a um rótulo leva a intercorrência de fenômenos como a segregação social e a discriminação em diversas dimensões.

Thornicroft et. al. (2009) realizou um estudo em 27 países utilizando a Escala de Discriminação e Estigma (DISC – Discrimination and Stigma Scale) com 732 participantes com diagnóstico de esquizofrenia. O estudo entende que o estigma abrange questões de desconhecimento, preconceito e discriminação relacionada ao comportamento; e aponta relatos de pessoas que sentem a necessidade de não revelar seu diagnóstico relacionados aos impactos da discriminação. Buscamos partir da compreensão de um sujeito produzido pelas marcas institucionais, pois o peso de um diagnóstico produz demarcações na subjetivação de como esse sujeito vai se relacionar.

Pensar um sujeito em sofrimento psíquico grave, o entendendo como um sujeito que possa ter momentos de crise ou desorganização, bem como de estabilidade emocional como um aspecto inerente ao seu dia a dia, e não como um sujeito perigoso ou ameaçador é o que vai também orientar os modos de busca e produção de cuidado nas redes, problematizando a segregação desses sujeitos na circunscrição dos discursos e das práticas.

Se um dos efeitos da psiquiatria clássica foi o de colocar o sujeito entre parênteses para se ocupar da doença, a perspectiva da desinstitucionalização busca operar um processo no qual a doença mental é colocada entre parênteses, para que se possa ocupar do sujeito. Essa operação tem importantes impactos. Primeiramente, é necessário esclarecer que ela não nega a existência de um sofrimento, mas considera que este sofrimento é relacional – manifesta-se no corpo social – e é apenas uma das dimensões que compõe o sujeito, não

sendo a única e nem sempre a principal. Por outro lado, ao compreender o sujeito como complexo, não reduzido a uma doença, a resposta assistencial passa a ser diversificada. Dentro de um modelo centrado na doença, justificam-se os procedimentos para extirpá-la: a internação, o isolamento, a medicação. Já no modelo psicossocial, o sujeito está em foco e suas múltiplas demandas: de alimentação, de moradia, de lazer, de saúde – tanto física quanto mental. Desse modo, argumentamos que a concepção de sujeito está em consonância com os modelos de atenção e respostas assistenciais, podendo justificar perspectivas mais restritas ou mais ampliadas de pontos e estratégias de atenção.

1.1.2 Redes

A partir da visão de um sujeito descentralizado da doença, conforme a proposta da reforma italiana, houve a necessidade de pensar uma rede para um sujeito complexo. Essa rede, diferente de um tratamento psiquiátrico asilar clássico centrada no hospital psiquiátrico, precisa ser diversa e sugerir várias possibilidades de produzir vida. Nesse sentido a rede busca olhar para outras múltiplas dimensões dos sujeitos, como convivência familiar e atividades laborais, além do tratamento medicamentoso e psicoterápico. Sujeitos singulares e múltiplas possibilidades de vida remetem a complexidade de um sujeito que precisa de uma rede também complexa.

A rede é um conceito importante tanto na reforma sanitária quanto na reforma psiquiátrica. Zambenedetti e Silva (2008) indicam que a rede assistencial está presente na constituição do SUS, sendo apresentada como uma rede hierarquizada e regionalizada de ações e serviço. Já na reforma psiquiátrica a rede foi, na década de 1980, vista como complementar ao hospital psiquiátrico. Porém, a partir da adoção da insígnia antimanicomial em 1986, a rede passa a ser vista com caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico. Ou seja, trata-se de articular um conjunto de ações e dispositivos que garantam um cuidado em liberdade, considerando as múltiplas dimensões que constituem o sujeito com sofrimento psíquico: a saúde, a moradia, o lazer e a cultura.

A rede não é um conjunto de pontos e fluxos preestabelecidos, sob uma lógica racional e administrativa, aos quais caberia aos sujeitos “se adequar” durante o processo de busca por cuidado. E nem sempre a percepção e necessidade dos sujeitos que apresentam uma situação de adoecimento coincide com as formas de organização das redes assistenciais. Ceccim e Ferla (2006) problematizam a fragmentação das redes e apontam a necessidade de

que o cuidado se constitua em “linhas de cuidado”, de forma ininterrupta, exigindo cuidado contínuo e que pode demandar atuação de diversas instâncias do SUS, desde o nível primário até o nível terciário. Cecílio et. al. (2012) problematizou a disposição da rede traduzida na imagem da pirâmide assistencial, propondo pensa-la não mais como pirâmide, mas como círculo, visando ressaltar as múltiplas possibilidades de a população acessar e circular pelas redes assistenciais. Com a Portaria nº 3088 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), é instituída a RAPS, a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, que visa a ampliação e articulação da rede assistencial às pessoas com sofrimento psíquico. Esta portaria destaca os diferentes pontos que podem ser constituídos para a composição de uma rede em saúde mental.

Destacamos nessa discussão a compreensão do conceito de saúde, pois Ceccim e Ferla (2006) sugerem o entendimento de uma rede que seja a tradução de uma prática cuidadora centrada na concepção de saúde, além do tratamento das doenças. E que seja capaz de produzir no sujeito, além da terapêutica, o conhecimento, a sensação de cuidado, a autonomia e o desejo de vida. Uma ideia de saúde, não apenas como ausência de doença e centrada nos especialismos, mas como produção de vida. O conceito de saúde que se estabelece reflete no planejamento da rede de uma população, pois existem diversas alternativas de cuidado, que não apenas a psicoterapia e o medicamento. Por exemplo, os saberes populares, como chás, tratamentos homeopáticos, benzedadeiras, curandeiros, pastores, entre outros. Estratégias que podem ser buscadas pelo sujeito antes da especialidade médica, e que fazem parte da rede, uma rede que visa a atenção integral, composta pelas redes formais e informais como complementares. Por rede formal compreendemos as ações e dispositivos articulados através das políticas públicas, enquanto as redes informais envolvem outros recursos – sociais, afetivos, comunitários – que os sujeitos podem acessar enquanto uma forma de cuidado. Alves e Backström (2012) apontam que os sistemas de cuidado exigem constantes reconstruções no campo da saúde mental e que está relacionado ao que constitui a cultura, apontando a pluralidade dos sistemas de cuidado a partir das dimensões do sistema profissional, popular e alternativo (relacionado ao complementar e tradicional).

Uma das principais estratégias que vem sendo consolidada nos municípios no campo da saúde mental são os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (BRASIL, 2002), os quais visam atenção psicossocial para sujeitos em sofrimento psíquico grave. A partir do final da década de 80, a rede de atenção em saúde mental, passou a buscar uma visão integral das

dimensões dos sujeitos. E pensar a saúde mental na rede trouxe alguns dilemas, como a dicotomia saúde mental e doença mental, e uma conseqüente fragmentação. Em 1978, a conferência de Alma-Ata definiu parâmetros básicos relacionados à atenção primária em saúde, e se configura como uma estratégia de assistência sanitária que esteja ao alcance de todos os indivíduos, famílias e comunidade, prestando atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção da saúde, considerando a especificidade de cada comunidade (ANDRADE, BUENO e BEZERRA, 2009). A atenção básica tem como objetivo acolher a demanda e melhor encaminhá-la, o que favorece a resolução dos problemas de saúde trazidos pelos usuários. Na Política Nacional de Atenção Básica (2012), a atenção básica deve se configurar como sendo a porta de entrada para o contato com toda a rede assistencial em saúde e precisa estar próxima dos lugares de convivência dos usuários. Pensar a saúde mental na atenção básica requer o princípio de que, apesar de o CAPS ser um elo estratégico, a atenção à saúde mental só funciona junto aos outros serviços da rede.

A Atenção Básica contribui por ser base, atuando na descentralização e capilaridade, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos de grupos sociais inclui o acompanhamento das redes comunitárias e sociais, contribuindo para que *a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários* (BRASIL, 2013, p. 20). São apontados como princípios fundamentais da articulação da saúde mental com a atenção básica: a noção de território, a organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia de usuários e familiares (BRASIL, 2013).

Além do trabalho de CAPS, nos referimos a uma ação descentralizada e que fortalece a autonomia do sujeito no cuidado de seu sofrimento. Nesse sentido as Unidades de Saúde da Família – ESF e postos de apoio são fundamentais nesse trabalho. Starfield (2002) aponta que a atenção primária oferece a entrada das necessidades e problemas no sistema, ou seja, a porta de entrada. Além disso, coordena ou integra a atenção dada por outros serviços, *a atenção primária forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde* (STARFIELD, 2002, p.28).

No Brasil, a legitimação e a institucionalização das práticas integrativas e complementares de atenção à saúde iniciou-se a partir da década de 80. Os estados e municípios ganharam mais autonomia na definição das suas ações em saúde com a descentralização e a participação popular, com a aprovação da Política Nacional de Práticas

Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS – Portaria MS/GM nº 971, de 3 de maio de 2006) buscou-se *estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade* (PNPIC - Portaria MS/GM nº 971, 2006). A ação além de ampliar a visão sobre o processo saúde-doença, visa a promoção do autocuidado.

É importante considerar que a rede está em permanente movimento, pois novas demandas sociais podem exigir a construção de novos serviços, ações e articulações. Atualmente, muitos tensionamentos vêm perpassando a discussão sobre a rede em saúde mental, especialmente no contexto de aprovação de alterações sobre a Lei nº 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, fazendo com que dispositivos como os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas passem a ser legitimados como parte da rede de atenção psicossocial; bem como a Portaria nº 3.588, aprovada em dezembro de 2017, que altera as disposições sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Demarcando uma ruptura em relação ao que até então vinha sendo produzido, na medida em que abre a possibilidade de fortalecimento dos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas – justamente os dispositivos aos quais a ideia de rede vinha propondo-se a substituir de modo progressivo.

1.1.3 Pistas do processo de construção da Rede de Saúde Mental no Paraná.

Para nos auxiliar a pensar a construção da assistência em saúde mental no Paraná, buscamos pistas da assistência psiquiátrica no estado nos estudos de Yonissa Marmitt Wadi (2009), a qual aponta que a assistência no Paraná iniciou no século XX até a década de 1980. Sofrendo mudanças paradigmáticas a partir de 1980 junto ao Movimento da Reforma Psiquiátrica do Paraná.

Em 1903 foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico do Paraná, o Hospício Nossa Senhora da Luz em Curitiba, ligado às ações de caridade da Santa Casa de Misericórdia e em 1945 o segundo hospital psiquiátrico do estado, o Sanatório Bom Retiro, vinculado a Federação Espírita do Paraná. Seguindo em 1954 a construção do primeiro hospital psiquiátrico público do Paraná, Hospital Colônia Aduato Botelho, o qual manteve em funcionamento em um de seus pavilhões um manicômio judiciário até 1970.

Ainda que em 1944 também tenha sido fundado em Curitiba o primeiro ambulatório de atendimento psiquiátrico, somente em 1961 foi pensada a ampliação da assistência

psiquiátrica para o interior do estado. No governo de Ney Braga visou-se a instalação de dispensatórios para doentes mentais em municípios do norte do estado, bem como a criação de Ambulatórios de Higiene Mental em Maringá e Guarapuava. Wadi (2009) aponta que apesar das tentativas de ampliação de assistência no estado, o período da década de 60 e anos 70, o único hospital psiquiátrico público do estado ainda era caracterizado pela superlotação. Nesse contexto instalou-se novos ambulatórios, em 1966 nas cidades de Ponta Grossa e Londrina e em 1973 nas cidades de União da Vitória, Cascavel, Apucarana, Cianorte e Loanda.

A assistência psiquiátrica no Paraná teve início tardio em relação a outras unidades da Federação – como RJ, SP, RS e PE -, que fundaram hospitais públicos para ‘cuidar e tratar’ dos chamados ‘doentes mentais’ ainda no século XIX, porém rapidamente se igualou a outros estados – pelo menos em termos numéricos – quando se iniciou, na década de 1970, a onda de contratações de serviços privados pelo governo federal (WADI, 2009, p.83).

Segundo Wadi (2009), o movimento da privatização da assistência psiquiátrica amparado pelas instituições governamentais, sofreu influência da postura dos governos militares, ocorrendo aumento significativo na ampliação dos leitos da rede particular e instituições privadas (hospitais e clínicas especializadas). Em 1995 a Secretaria Estadual de Saúde registra “22 hospitais particulares credenciados pelo Sistema Único de Saúde que representam 93% do total de 4.819 leitos psiquiátricos existentes no estado na época” (WADI, 2009, p.85).

Mas também são apontados registros de uma política preventivista no Paraná em meados da década de 80, por meio de atendimentos ambulatoriais psiquiátricos e psicológicos em Centros de Saúde.

1.1.4 A Reforma Psiquiátrica no Paraná

Para pensar o processo da Reforma Psiquiátrica no Paraná, retomamos datas importantes do cenário mundial. A Reforma Democrática Italiana iniciou a partir de 1971. No Brasil o Ministério da Saúde definiu critérios para o funcionamento de um hospital psiquiátrico em 1991. E somente em 2001 o projeto de Lei nº 3657/89 do Deputado Federal Paulo Delgado transformou-se na Lei Federal nº 10.216, visando redirecionar a assistência em Saúde Mental. Também ressaltamos a importância de encontros, ações e movimentos na área para que as mudanças ocorressem, como o movimento de Renovação Médica no Rio de

Janeiro em 1976, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978, o Congresso da Abertura em 1978 em Camburiú-SC (MAFTUN, 2004).

No Paraná, a Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde vêm trabalhando no Processo da Reforma Psiquiátrica desde 1994. Encontros têm sido realizados com a participação de profissionais, docentes e usuários da área da Saúde Mental e Psiquiátrica, objetivando a conscientização da necessidade de avanços na implantação e implementação de serviços voltados ao enfoque da interdisciplinaridade, que atendam as pessoas com sofrimento mental em fase aguda ou fora delas (MAFTUN, 2004, p.45).

Wadi (2009) relata que em 1995 foi constituído o “Grupo de Trabalho de Saúde Mental” na Secretaria de Estado de Saúde, o qual fez um levantamento da assistência em Saúde Mental na época e foi caracterizada como prevalentemente de orientação hospitalocêntrica. O grupo formulou uma “Política de Saúde Mental para o Estado do Paraná”, visando a descentralização do cuidado e ações de promoção de Saúde Mental.

“Na projeção da substituição do modelo hospitalocêntrico por outras formas de atenção e serviços de assistência foi também gestada no Paraná, antes mesmo da aprovação da lei federal da reforma psiquiátrica – a Lei nº 10.216/01 -, uma lei estadual. No mesmo ano em que se constitui o “Grupo de Trabalho de Saúde Mental”, em 09 de novembro de 1995 foi promulgada a Lei Estadual nº 11.189 que dispôs “sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais” ” (WADI, 2009, p.89).

A legislação auxiliou no planejamento de um novo modelo de assistência, substitutivo aos hospitais psiquiátricos, visando a operacionalidade nas dimensões estadual e municipal. Também impulsionou a criação de uma Comissão estadual de Saúde Mental em 1996 pelo Conselho Estadual de Saúde CES/PR.

Em 1998 as diretrizes básicas da Política de Saúde Mental foram avaliadas pela Secretaria de Saúde do Paraná SESA - PR, que passou a enfatizar a importância da mudança no modelo assistencial junto aos municípios e propôs um projeto de treinamento e sensibilização para profissionais e membros da comunidade. Nessa mesma ação, a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná propôs a realização de auditorias nos serviços assistenciais do estado.

Wadi (2009) aponta que após a aprovação da Lei Estadual de 1995, os municípios foram construindo seus processos de reformas e ações de ampliação da rede assistencial em saúde mental, e as experiências de Curitiba e Londrina se destacaram. Mas a SESA – PR

ainda registrou em 1998 dificuldades nas mudanças de modelo na atenção em saúde mental no estado.

1.1.5 Especificidades da 6ª Regional de Saúde do Paraná

Mais afinados com o processo paranaense de construção da Rede de Saúde Mental, ressaltamos aspectos importantes do território estudado. O estado possui 399 municípios (IBGE, 2017) majoritariamente de porte pequeno, aspecto que influencia na construção das políticas públicas e organização dos serviços públicos.

O Paraná é dividido em 22 Regionais de Saúde, a seguir vamos apontar alguns serviços de referência em saúde mental em cada regional, segundo relatório da SESA – PR (2017):

Quadro 01 - Serviços de referência em Saúde Mental por Regional de Saúde do Paraná.

Serviços de referência em Saúde Mental por Regional de Saúde do Paraná		
Regional e Abrangência	Principais serviços de referência em Saúde Mental	Número de habitantes - do maior ao menor (IBGE, 2017)
1ª RS Paranaguá: 7 municípios	2 CAPS I	152.975 à 7.966 habitantes
2ªRS Curitiba e Região Metropolitana: 29 municípios.	9 CAPS I; 10 CAPS II; 2 CAPS III; 12 CAPSad; 4 CAPSi; 2 instituições com leitos de saúde mental em hospital geral; 5 hospitais psiquiátricos (3 com abrangência estadual; e 14 Residências Terapêuticas.	1.893.997 à 5.808 habitantes
3ªRS Ponta Grossa: 12 municípios.	5 CAPS I; 1 CAPS II; 1 CAPSad; 1 CAPSi; e 1 instituição com leitos de saúde mental em hospital geral.	341.130 à 4.782 habitantes
4ªRS Irati: 9 municípios.	1 CAPS II; e 1 instituição de saúde mental em hospital geral.	60.070 à 5.954 habitantes

Serviços de referência em Saúde Mental por Regional de Saúde do Paraná		
Regional e Abrangência	Principais serviços de referência em Saúde Mental	Número de habitantes - do maior ao menor (IBGE, 2017)
5ªRS Guarapuava: 20 municípios.	4 CAPS I; 1 CAPS II; 2 CAPSad; 1 instituição com leitos de saúde mental em hospital geral; e 2 CAPSad (infanto-juvenil e adulto) e 2 Unidades de Acolhimento-UA (infanto-juvenil e adulto), vinculados ao SIM PR*.	179.256 à 4.085 habitantes
6ªRS União da Vitória: 6 municípios.	2 CAPS I; e 1 Hospital Psiquiátrico.	57.027 à 4.143 habitantes
7ª RS Pato Branco: 15 municípios.	1 CAPS I; 1 CAPS II; e 2 instituições com leitos de saúde mental em hospital geral.	79.869 à 3.293 habitantes
8ªRS Francisco Beltrão: 26 municípios.	4 CAPS I, 1 CAPS II e 1 CAPSad III vinculado ao SIM PR*.	87.491 à 2.716 habitantes
9ªRS Foz do Iguaçu: 9 municípios.	3 CAPS I; 1 CAPS II; e 1 CAPSad.	263.915 à 4.385 habitantes
10ª RS Cascavel: 25 municípios.	1 CAPS III; 1 CAPSad; 1 CAPSad III; 2 Unidades de Acolhimento (infanto juvenil e adulto); 1 instituição com leitos de saúde mental em hospital geral; e 3 Residências Terapêuticas.	316.226 à 2.302 habitantes
11ª RS Campo Mourão: 25 municípios.	4 CAPS I; 1 CAPS II; e 1 CAPSad.	93.547 à 3.341 habitantes
12ªRS Umuarama: 21 municípios.	1 CAPSad; 1 CAPS II; e 1 Hospital Psiquiátrico.	109.132 à 1.898 habitantes

Serviços de referência em Saúde Mental por Regional de Saúde do Paraná		
Regional e Abrangência	Principais serviços de referência em Saúde Mental	Número de habitantes - do maior ao menor (IBGE, 2017)
13ª RS Cianorte: 11 municípios.	1 CAPS I; e 2 instituições com leitos de saúde mental em hospital geral.	78.553 à 2.290 habitantes
14ªRS Paranavaí: 28 municípios.	1 CAPS I; 1 CAPS II; 1 CAPSad; 1 CAPSi; e 1 hospital psiquiátrico.	87.316 à 1.409 habitantes
15ªRS Maringá: 30 municípios.	6 CAPS I; 2 CAPS II; 1 CAPSad; 1 CAPSi; 2 instituições com leitos de saúde mental em hospital geral; 1 hospital psiquiátrico; e 3 residências terapêuticas.	403.063 à 1.765 habitantes
16ªRS Apucarana: 17 municípios.	4 CAPS I; 1 CAPS II; 2 CAPSad; 1 CAPSi; e 1 hospital psiquiátrico.	131.571 à 2.907 habitantes
17ªRS Londrina: 21 municípios.	4 CAPS I; 2 CAPS II; 1 CAPS III; 2 CAPSad; 3 CAPSi; 1 instituição com leitos de saúde mental em hospital geral; e 3 hospitais psiquiátricos.	553.393 à 1.885 habitantes
18ªRS Cornélio Procópio: 21 municípios.	2 CAPS I; 1 CAPS II; e 1 CAPSad III vinculado ao SIM PR*.	48.615 à 2.333 habitantes
19ªRS Jacarezinho: 22 municípios.	2 CAPS I.	40.253 à 2.821 habitantes
20ªRS Toledo: 18 municípios.	2 CAPS I; 1 CAPS II; e 1 CAPSad; 1 hospital psiquiátrico; e 1 CAPSad III vinculado ao SIM PR*.	133.824 à 3.847 habitantes

Serviços de referência em Saúde Mental por Regional de Saúde do Paraná		
Regional e Abrangência	Principais serviços de referência em Saúde Mental	Número de habitantes - do maior ao menor (IBGE, 2017)
21ªRS Telêmaco Borba: 7 municípios.	2 CAPS I.	76.550 à 11.093 habitantes
22ªRS Ivaiporã: 16 municípios.	2 CAPS I.	32.715 à 3.147 habitantes

* SIM PR – Serviço Integrado de Saúde Mental.

Fonte: Relatório da SESA/PR, 2017; IBGE CIDADES, 2017.

Por ser protagonista na nossa pesquisa, detalharemos a 6ªRS, com sede em União da Vitória, a qual, conforme o quadro 01, abrange 6 municípios e conta com 2 CAPS I e 1 Hospital Psiquiátrico. O Hospital Psiquiátrico é a principal referência histórica de assistência psiquiátrica na região. Dentre os 6 municípios, o maior em densidade populacional é União da Vitória com 52.735 habitantes (IBGE, 2017) e o menor é Porto Vitória com 4.148 habitantes (IBGE, 2017). O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH realiza processos avaliativos nos hospitais psiquiátricos públicos, conveniados ao SUS, são avaliados os seguintes indicadores: comissões internas; mecanismos de controle social, recursos humanos, atenção ao paciente; enfermaria, enfermaria de intercorrências clínicas; farmácia; nutrição; saneamento; promoção de saúde; projeto terapêutico individual; qualidade de prontuário; abordagens terapêuticas; e humanização. Nos resultados dos indicadores por Hospital Psiquiátrico, a Comunidade Terapêutica Dr. Warrib Motta de União da Vitória apresentou o menor indicador no Paraná com 22,50, enquanto o maior indicador apresentado no Paraná foi de 46,25 do Hospital Regional do Vale do Ivaí localizado em Jandaia do Sul (BRASIL MS, 2011). A principal referência de leitos psiquiátricos na 6ª Regional de Saúde do Paraná é a Comunidade Terapêutica Dr. Warrib Motta, com impactos na terapêutica e encaminhamentos dos casos de saúde mental na região; e nos elementos culturais a respeito do imaginário coletivo relacionado ao sujeito com sofrimento psíquico grave.

1.2 TERRITÓRIOS

O Processo de mudança paradigmática constitui-se como desafio da reforma psiquiátrica no Brasil, nas suas várias dimensões: seja no plano assistencial, na organização da rede e nos modelos de cuidado; seja no plano clínico, ampliando o aporte de estratégias terapêuticas; seja no plano cultural dada a diversidade regional e populacional brasileira (BEZERRA JUNIOR, 2007). O último plano citado é atravessado principalmente pelas questões de rede e território. A edição 34 dos Cadernos de Atenção Básica (2013) indica que incorporar a concepção de territórios existenciais considera além das dimensões subjetivas dos usuários, também a subjetividade dos trabalhadores de saúde. *E trabalhar com saúde pressupõe que os próprios trabalhadores de saúde permitam deslocamentos em seus territórios existenciais, já que a principal ferramenta de trabalho em saúde mental é a relação* (BRASIL, 2013, P.34).

Furtado et al. (2016) buscam discutir o emprego na noção de território no campo da saúde mental e a partir de uma pesquisa os autores apontam que o termo é utilizado de diferentes formas. No campo científico, observam que território é empregado: como senso comum; como um conjunto de recursos terapêuticos, com ênfase na inclusão social das pessoas com sofrimento mental grave; como território existencial, constituído a partir da história de cada um dos sujeitos, *denota o espaço de construções simbólicas e de pertencimento, articulando sentidos etológicos, subjetivos, sociológicos e geográficos* (FURTADO ET AL., 2016, p.07), acepção a qual buscamos guiar nossas discussões, abrangendo as relações clínica, espacial e subjetiva; e também foi localizado pelos autores o uso do território como sistema de objetos e ações, derivado das teorias de Milton Santos. No campo burocrático as orientações normativas e técnicas do Ministério da Saúde trazem a noção de território enquanto organização tecno-assistencial no âmbito da Saúde Mental, prevalecendo o aspecto organizador do território, muitas vezes reduzido à uma categoria administrativa do SUS, de dominância funcional.

O movimento de desinstitucionalização, que serviu de inspiração para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, como já mencionamos, conservou do modelo inglês o princípio de democratização das relações e, da política francesa, a ideia de territorialidade, contraposta a ideia de comunidade dos ideais preventivistas americanos (FURTADO ET AL., 2016, p.07). Não sendo apenas as instituições psiquiátricas a serem superadas, mas também outros aparatos ideológicos técnico-científicos em torno da doença mental (BASÁGLIA, 2005).

Nesse sentido as lutas são pelos recursos que possibilitam as trocas sociais e a produção de vida, lutas *nada alinhadas à noção funcional de território* (FURTADO ET AL., 2016, p.11).

No entanto, a hegemonia dessa noção funcional nos documentos (e nas operações) do Ministério da Saúde, assim como sua recorrência em artigos científicos, indicam uma progressiva perda de potência do conceito forte de território, isto é, do território como espaço de exercício de poder e, ao mesmo tempo, espaço de resistência (Furtado et al., 2016, p.11).

A Reforma Psiquiátrica, que visa reformar um modelo cultural vigente, é pulverizada nas diferentes estratégias de produzir cuidado, acontece na cultura. *Se o território é, simultaneamente, espaço de inscrição da racionalidade dominante e lugar de emergência de formas de resistência, o deslocamento espacial da atenção, do asilo ao território, não garante uma prática em ruptura com as formas de poder que se exercem sobre a vida.* (LIMA e YASUI, 2014, p.598). Nesse sentido buscamos compreender o percurso dos usuários na dimensão de seus territórios existenciais, analisando as relações de poder que se estabelecem. *Para pensar a organização e as ações desenvolvidas nos serviços substitutivos ao manicômio, é fundamental que possamos considerar as diferentes lógicas do território, seus recursos, suas potencialidades, suas linhas de captura* (LIMA e YASUI, 2014, p. 594). Lima e Yasui (2014), buscando estabelecer um diálogo entre o geógrafo Milton Santos e os filósofos Deleuze e Guattari, a respeito do conceito de território e seus usos nas práticas na atenção psicossocial, apontam que este se destacou na política de saúde coletiva brasileira a partir do SUS. Os trabalhos de Milton Santos serviram para reorientar as concepções sobre espaço e saúde na saúde coletiva, em que o território é um elemento central. Entendendo que além das características físicas, também há marcas produzidas pelo homem, como contraponto da visão tradicional da geografia de entender *o território como um objeto estático com suas formações naturais, apresenta-o como um objeto dinâmico, vivo, repleto de inter-relações, e propõe o detalhamento das influências recíprocas do território com a sociedade, seu papel essencial sobre a vida do indivíduo e do corpo social* (LIMA e YASUI, 2014, p. 596). O Ministério da Saúde em orientações sobre a Saúde Mental dos Cadernos de Atenção Básica (BRASIL, 2013), entende:

A noção de território-vivo, de Milton Santos, considera as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios como lugares que tomam uma conotação também subjetiva. Na saúde também utiliza-se a concepção de territórios existenciais de Guattari (1990). Os territórios existenciais, que podem ser individuais ou de grupo, representam espaços e processos de circulação das subjetividades das pessoas. São territórios que se

configuram/desconfiguram/reconfiguram a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si. (BRASIL, 2013, p. 34).

O conceito de território nasce com uma conotação material e simbólica, mas diz respeito também ao privilégio de usufruí-lo, bem como inspira identificação. Diz respeito ao poder simbólico, a dominação e apropriação, enfatizando as relações sociais estabelecidas a partir do espaço, em que o controle de uma área para criar um território, busca controlar também relações (HAESBAERT, 2007). Partimos do entendimento de que o território abrange a questão geográfica, política, econômica e cultural, sendo as relações de poder indissociáveis da noção de espaço. Em relação a territorialidade, pensada conforme o conceito de território que se toma, esta abrange a materialidade, a imaterialidade e o “espaço vivido” – e ainda que possa existir territorialidade sem território, nunca há território sem territorialidade (HAESBAERT, 2007).

Mais importante, portanto, do que esta caracterização problemática, porque genérica e aparentemente dicotômica, é perceber a historicidade do território, sua variação conforme o contexto histórico e geográfico – inclusive, como já ressaltamos, dentro das diversas fases do capitalismo. Os objetivos dos processos de territorialização, ou seja, de dominação e/ou de apropriação do espaço, variam muito ao longo do tempo e dos espaços. Assim, grande parte das sociedades tradicionais conjugava a construção material (“funcional”) do território como abrigo e base de “recursos” com uma profunda identificação que recheava o espaço de referentes simbólicos fundamentais à manutenção de sua cultura. Já na sociedade “disciplinar” moderna (até o século XIX, pelo menos) dominava a funcionalidade de um “enclausuramento disciplinar” individualizante através do espaço – não dissociada, é claro, da construção das identidades-suporte da modernidade, a do indivíduo e a da nação (ou da nação [enquanto]-Estado”) (HAESBAERT, 2007, p. 28).

O conceito nos auxilia a pensar o enclausuramento do sujeito com sofrimento psíquico grave, tanto nos hospitais psiquiátricos, como nas instituições técnico-científicas, legislativas que são pulverizadas nas ações do cotidiano. A maneira como a política pública é concretizada nos dispositivos de saúde mental ou a influência dos costumes e redes na produção de saúde mental diz respeito também aos interesses sociais. Assim, o lugar de onde partimos para produzir o cuidado de um sujeito em sofrimento psíquico é definido por uma trama cultural, são modos de tratar políticos, onde se produz vida ou dociliza-se. Goffman (2001) aborda o mundo social do internado no hospital, o qual é o mundo vivido por esse sujeito além dos muros físicos da instituição, enquanto Baságli aponta que *se a doença mental, em sua própria origem, é a perda da individualidade e da liberdade, no manicômio o doente não encontra outra coisa senão o espaço onde se verá definitivamente perdido, transformado em objeto pela doença e pelo ritmo do internamento* (BASÁGLIA, 2005, p.24).

São modos de olhar para o sujeito em sua dimensão existencial além do território físico que nos auxiliam a pensar a história dos modos de cuidar em saúde mental.

Ainda, a vivência nesses territórios coexistem e modificam-se, Haesbaert (2007) aponta a desterritorialização como “mito”, não no sentido de negar, mas de que este sempre coexiste aos movimentos de (re)territorialização. O autor contrapõe a ideia de Yves Barel de que há desterritorialização porque o homem é um “animal territorial”, entendendo que o que realmente acontece é um complexo movimento de territorialização, em que há muitos territórios coexistindo. Os conceitos da análise institucional nos auxiliam a pensar os movimentos de institucionalização e desinstitucionalização na vida dos sujeitos, os quais vão se dando no movimento.

1.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Considerando os tensionamentos produzidos pela Reforma Psiquiátrica, estudar o campo da saúde mental implica em estratégias que deem conta de um sujeito não hegemônico ou padronizado, que considere os avanços na rede de atenção à pessoa com sofrimento psíquico e seus múltiplos territórios existenciais. O percurso no processo de busca de cuidado para um sofrimento psíquico grave faz com que o sujeito produza e seja produzido por vários territórios e, partir do percurso desse sujeito, buscamos pistas para compreender como foi vivenciada a rede de cuidado e o tratamento, entendido por múltiplas direções, de o que foi ofertado e de o que foi buscado ou produzido. Com a finalidade de explorar o modo como os sujeitos produzem modos de caminhar e se produzirem em uma rede, buscamos nos apropriar do conceito de itinerário terapêutico.

1.3.1 O conceito

Na busca feita no dicionário, a definição de "itinerário" é relativa a caminhos e roteiro, enquanto "terapêutico" é relativa a terapêutica e que tem propriedades de cura ou tratamento de doenças (PRIBERAM, 2016). Mas o percurso do sujeito dentro do processo de adoecimento ou de um estado de sofrimento psíquico se complexifica e a relação com o tempo e a cultura são modificados. No âmbito da psicanálise, Dunker (2011) coloca que a terapêutica se caracteriza por acolher o discurso do paciente. Buscamos compreender o roteiro dos sujeitos na busca por acolhimento de um sofrimento ou adoecimento.

Trata-se de um conceito da antropologia da saúde (SILVA et. al., 2006). Ferreira e Santo (2012) apontam que a ideia de Itinerários Terapêuticos foi proposta pelo antropólogo francês Augé em 1984 e que é definido pelo caminho na busca de soluções para os problemas de saúde, diante da diversidade de recursos, perspectiva que tem como elemento central o papel dos sujeitos sobre sua experiência de adoecimento. Enquanto Siqueira e Camargo (2016) afirmam que os primeiros trabalhos sobre Itinerários Terapêuticos *tiveram origem a partir do termo illness behaviour – traduzido como comportamento do enfermo – e pressupunham ser a conduta dos indivíduos na busca por cuidados orientada racionalmente, considerando-se a questão de custo-benefício* (SIQUEIRA, JESUS e CAMARGO 2016, p. 180). E mais tarde o conceito foi ampliado considerando os aspectos culturais do sujeito, e hoje a estratégia metodológica procura ser fundamentalmente construída a partir dos elementos culturais que atravessam o sujeito.

O Itinerário Terapêutico diz respeito então, a busca de cuidados que *procura descrever e analisar práticas individuais e socioculturais em termos dos caminhos percorridos pelos indivíduos na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde, incluindo a lógica que direciona essa busca, que é tecida em múltiplas redes formais e informais, de apoio e de pertença* (SIQUEIRA, JESUS e CAMARGO 2016, p. 180). Quando pensamos a experiência do sujeito nessa busca, tomamos conhecimento dos saberes populares, conhecimentos consuetudinários, experiências familiares, a religiosidade e outros elementos pulverizados na comunidade, que extrapolam os conhecimentos formais em saúde – consideram as representações simbólicas de cada sujeito. E além dos saberes tradicionais de determinada cultura., também diz respeito à um momento dentro de um espaço e de um tempo, podendo também ser compreendido a partir da definição de uma *cadeia de eventos sucessivos que formam uma trajetória e se caracteriza pela forma como o sujeito elabora ou define uma situação dentro de um dado fenômeno sócio-cultural* (REINALDO e SAEKI, 2004, p. 397). Silva et. al. (2006) também apontam que o itinerário terapêutico inclui desde o percurso pela busca de tratamento e cura, aos diferentes diagnósticos e avaliações, diz respeito ao procedimento e resultado terapêutico.

Seguimos buscando compreender as possibilidades de significado e uso do itinerário terapêutico na literatura. O movimento de pesquisa a respeito deste conceito nos levou à produção de uma revisão de literatura, fundamental para nossa coleção de pistas no estudo.

1.3.2 Colecionando Pistas

Visando produzir uma revisão de literatura sobre o tema do itinerário terapêutico, utilizamos o banco de artigos da plataforma SCIELO e a plataforma PEPSIC sem restrições em relação ao ano de publicação dos artigos. No primeiro momento foi feita busca com a palavra-chave “itinerário”, encontrando 421 artigos na SCIELO e 19 na PEPSIC. A maioria dos artigos utiliza o termo itinerário no sentido de um percurso bibliográfico para discutir conceitos dentro de uma determinada literatura. Na busca com as palavras chaves “itinerário”, “terapêutico” e “saúde”, foram encontrados 56 na plataforma SCIELO, sendo 16 repetidos e 1 na plataforma PEPSIC. Enquanto na busca com as palavras chaves: “itinerário” + “terapêutico” + “saúde” + “mental”, são encontrados 5 artigos na plataforma SCIELO, sendo 2 repetidos e 1 na PEPSIC, o qual é encontrado na Plataforma SCIELO. Entre os 40 artigos relevantes para a discussão, que relacionam “itinerário”, “terapêutico” e “saúde” e não se repetem entre si, 4 artigos relacionados são relacionados saúde mental.

Quadro 02. Relação de artigos selecionados que abordam o Itinerário terapêutico no campo da saúde a partir das plataformas SCIELO e PEPSIC.

Título	Autores	Periódico	Ano
Itinerário terapêutico de pacientes com obesidade atendidos em serviço de alta complexidade de um hospital universitário	Younes, Soraia; Rizzotto, Maria Lucia Frizon; Araújo, Allan Cezar Faria.	Saúde em Debate	2017
(Des)encontros no hospital: itinerário terapêutico de uma experiência intersexo	Lima, Shirley Acioly Monteiro de; Machado, Paula Sandrine; Pereira, Pedro Paulo Gomes	Cadernos Pagu	2017
Ensaio sobre ‘cegueiras’: itinerário terapêutico e barreiras de acesso em assistência oftalmológica	Lima, Natalia Carvalho de; Baptista, Tatiana Vargas de Faria; Vargas, Eliane Portes	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	2017
Itinerário terapêutico de idosos sobreviventes ao câncer	Brustolin, Angela; Ferretti, Fátima	Acta Paulista de Enfermagem	2017

Título	Autores	Periódico	Ano
Rediscutindo conceitos na antropologia da saúde: notas sobre os agenciamentos terapêuticos	Tavares, Fátima	Mana	2017
Therapeutic itinerary of colorectal cancer patients treated in the state of Rio Grande do Sul	Foletto, Eliara Fernanda; Jackisch, Sabine Elisa; Dotto, Marcelo Luis; Severo, Cátia; Pappen, Emelin; de Moura Valim, Andreia Rosane; Renner, Jane Dagmar Pollo; Possuelo, Lia Gonçalves	Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)	2016
Therapeutic itineraries and explanations for tuberculosis: an indigenous perspective	Nogueira, Laura Maria Vidal; Teixeira, Elizabeth; Basta, Paulo Cesar; Motta, Maria Catarina Salvador da	Revista de Saúde Pública	2016
Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola	Siqueira, Samylla Maira Costa; Jesus, Viviane Silva de; Camargo, Climene Laura de	Ciência & Saúde Coletiva	2016
Doenças raras: itinerário diagnóstico e terapêutico das famílias de pessoas afetadas	Luz, Geisa dos Santos; Silva, Mara Regina Santos da; DeMontigny, Francine	Acta Paulista de Enfermagem	2015
Saberes e práticas de cura nas igrejas neotradicionais em Luanda: carismas, participação e trajetórias das mulheres	Viegas, Fátima; Varanda, Jorge	Etnográfica	2015
O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde	Finkler, Anna Luisa; Viera, Cláudia Silveira; Tacla, Mauren Teresa Grubisich Mendes; Toso, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira	Acta Paulista de Enfermagem	2014

Título	Autores	Periódico	Ano
Condições clínicas e comportamento de procura de cuidados de saúde pelo paciente renal crônico	Torchi, Thalita Souza; Araújo, Sílvia Teresa Carvalho de; Moreira, Alessandra Guimarães Monteiro; Koeppe, Giselle Barcellos Oliveira; Santos, Bruna Tavares Uchoa dos	Acta Paulista de Enfermagem	2014
Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil	Souza, Martha Helena Teixeira de; Signorelli, Marcos Claudio; Coviello, Denise Martin; Pereira, Pedro Paulo Gomes	Ciência & Saúde Coletiva	2014
Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia	Martins, Patricia Vieira; Iriart, Jorge Alberto Bernstein	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2014
Tuberculose em indígenas da Amazônia brasileira: estudo epidemiológico na região do Alto Rio Negro	Rios, Diana Patrícia Giraldo; Malacarne, Jocieli; Alves, Luiz Carlos Corrêa; Sant'Anna, Clemax Couto; Camacho, Luiz Antonio Bastos; Basta, Paulo Cesar	Revista Panamericana de Salud Pública	2013
Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV	Ferreira, Débora Carvalho; Silva, Girlene Alves da	Ciência & Saúde Coletiva	2012
Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família	Guerin, Giliane Dorneles; Rossoni, Eloá; Bueno, Denise	Ciência & Saúde Coletiva	2012
The therapeutic journey of families of children with respiratory diseases in the public health service	Oliveira, Beatriz Rosana Gonçalves de; Collet, Neusa; Mello, Débora Falleiros de; Lima, Regina Aparecida Garcia de	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2012

Título	Autores	Periódico	Ano
La enfermedad es otra: itinerario terapéutico de la fasciolosis bovina en Rionegro (Antioquia)	Gálvez, Aída Cecilia; Duque, José Fernando; Velásquez, Luz Elena	CES Medicina Veterinaria y Zootecnia	2012
Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares	Venturiello, María Pía	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2012
Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro	Ferreira, Jaqueline; Espírito Santo, Wanda	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2012
A experiência com a doença: da entrevista à narrativa	Nunes, Everardo Duarte; Castellanos, Marcelo Eduardo Pfeiffer; Barros, Nelson Filice de	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2010
Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar	Lago, Liane Maria; Martins, Josiane de Jesus; Schneider, Dulcinéia Ghizoni; Barra, Daniela Couto Carvalho; Nascimento, Eliane Regina Pereira do; Albuquerque, Gelson Luiz de; Erdmann, Alacoque Lorenzini	Ciência & Saúde Coletiva	2010
From legitimation to (re-)signification: the therapeutic itinerary of workers with RSIs/WMSDs	Neves, Robson da Fonseca; Nunes, Mônica de Oliveira	Ciência & Saúde Coletiva	2010
Representações sociais e hanseníase em São Domingos do Capim: um estudo de caso na Amazônia	Lins, Anete Umbelina Ferreira de Almeida	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2010

Título	Autores	Periódico	Ano
O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer	Visentin, Angelita; Lenardt, Maria Helena	Acta Paulista de Enfermagem	2010
A busca por cuidado empreendida por usuário com diabetes mellitus: um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde	Thaines, Geovana Hagata de Lima Souza; Bellato, Rosenev; Faria, Ana Paula Silva de; Araújo, Laura Filomena Santos de	Texto & Contexto - Enfermagem	2009
Práticas de cuidado em relação à dor: a cultura e as alternativas populares	Budó, Maria de Lourdes Denardin; Resta, Darielli Gindri; Denardin, Janete Maria; Ressel, Lúcia Beatriz; Borges, Zulmira Newlands	Escola Anna Nery	2008
Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte	Merino, Maria de Fátima Garcia Lopes; Marcon, Sônia Silva	Revista Brasileira de Enfermagem	2007
Therapeutic itinerary of the family and adolescent with type i mellitus diabetes	Mattosinho, Mariza Maria Serafim; Silva, Denise Maria Guerreiro Vieira da	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2007
Construindo o campo da pesquisa: reflexões sobre a sociabilidade estabelecida entre pesquisador e seus informantes	Leite, Silvana Nair; Vasconcellos, Maria da Penha Costa	Saúde e Sociedade	
Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos	Silva, Denise Guerreiro Vieira da; Francioni, Fabiane Ferreira; Souza, Sabrina da Silva de; Mattosinho, Mariza Maria Serafim; Coelho, Maria Selo; Sandoval, Rita de Cássia Bruno; Cunha, Mila Andrade; Ferreira, Nadja	Revista Brasileira de Enfermagem	2006

Título	Autores	Periódico	Ano
Doença e cura: sistema médico e representação entre os Hupdê-Maku da região do Rio Negro, Amazonas	Athias, Renato	Horizontes Antropológicos	1998
A experiência da enfermidade: considerações teóricas	Alves, Paulo César	Cadernos de Saúde Pública	1993
O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro	Conill, Eleonor Minho; Pires, Denise; Sisson, Maristela Chitto; Oliveira, Maria Conceição de; Boing, Antônio Fernando; Fertonani, Hosanna Patrig	Ciência e Saúde Coletiva	2008

Fonte: os autores.

O uso do Itinerário Terapêutico é empregado nos trabalhos consultados principalmente nas condições de doenças crônicas (diabetes mellitus, câncer, HIV/AIDS, diagnóstico de hanseníase e doença renal), e por meio da metodologia os autores localizam os atravessamentos culturais no processo de adoecimento dos sujeitos. No âmbito das doenças crônicas, o itinerário permitiu evidenciar falhas decisivas no quadro do paciente, a demora no processo de encontrar cuidado, levando ao agravo o quadro clínico do usuário. Duas das pesquisas da amostra de artigos ressaltam culturas que possuem os saberes ancestrais como fundamentais: o primeiro com crianças quilombolas em situação de urgência/emergência, a porta de entrada dos cuidados nessa comunidade são "chás, remédios caseiros, massagens e automedicação" (SIQUEIRA, JESUS e CAMARGO, 2016, 187); e o segundo trabalho de Rios et al. (2013) discute o itinerário terapêutico de sujeitos com tuberculose em uma comunidade indígena, ressaltando aspectos fundamentalmente tradicionais, como a reza, plantas medicinais e raízes, ritual xamânico, identificando fatores de risco para a doença por hábitos característicos dessa determinada cultura e excessivo consumo de medicamentos sem prescrição médica, alertando para a automedicação dessa comunidade. Nas comunidades tradicionais: quilombola e indígena, a partir do itinerário terapêutico foi possível notar as crenças ancestrais que influenciam na produção de cuidado, e abre espaço para discussão

acerca de como essas práticas são aplicadas pelos sujeitos, e influenciam no processo de tratamento, cuidado e cura de determinada dificuldade.

No âmbito do gênero, Merino e Marcon (2007) analisam, por meio de itinerários terapêuticos, os processos de saúde e doença entre homens e mulheres e devido às atribuições simbólicas que lhes são dadas pela cultura – ao homem é empregue a força e à mulher a sensibilidade –, os homens assumem com menor frequência posturas de buscar cuidado para si próprio, quando comparado às mulheres.

Também foram encontrados trabalhos que discutem o acesso e a integralidade e seus atravessamentos no cuidado. Ferreira e Santo (2012) discute o itinerário terapêutico de uma população de uma favela do Rio de Janeiro, refletindo sobre o acesso aos serviços de saúde do sujeito morador de um território vulnerável. Muitas das falhas e potencialidades de uma rede socioassistencial em saúde podem ser identificadas por meio do itinerário terapêutico. Oliveira, Collet, Mello e Lima (2012) identificam o itinerário terapêutico de famílias em busca de assistência para sua criança com doença respiratória, abordando os tipos de serviços procurados, acesso, acolhimento, integralidade e vínculo terapêutico.

Budó et. al. (2008) investigaram práticas de cuidado sobre a dor de usuários do Sistema Único de Saúde, a partir do itinerário terapêutico, apontando que as pessoas buscam os remédios caseiros, apoio da comunidade e religiosidade antes da rede formal de serviços de saúde. As autoras (BUDÓ et. al., 2008) afirmam que, aos dispositivos da rede de saúde formal, são ofertados como complementares procedimentos não-convencionais, que dizem respeito aos saberes populares, indicando-se a necessidade de os profissionais de saúde conhecerem essa rede informal. Mesmo com o refinamento da busca de nossa mostra de artigos – palavras de busca: itinerário terapêutico e saúde – há variações tanto no emprego da metodologia como outros recortes de discussão. Leite e Vasconcellos (2007) discutem sobre a relação do pesquisador com o informante da pesquisa por meio da experiência de pesquisar com itinerário terapêutico. Finkler et. al. (2014) ao buscar a resolutividade da assistência a saúde da criança, empregam o itinerário terapêutico como resultado, e não como proposta inicial de metodologia ou parte dela

Os 4 trabalhos localizados pela busca relacionados à saúde mental, dizem respeito à anorexia nervosa, autismo, crise psicossocial de adolescentes e um estudo de caso de um paciente psiquiátrico. Favero-Nunes e Santos (2010) analisaram por meio do itinerário a busca por diagnóstico e tratamento por mães de crianças com transtorno autista, apontando a sobrecarga emocional que os sujeitos sentem ao ter que lidar com o diagnóstico de uma

deficiência física ou mental de um familiar, e como isso exerce impacto na busca por cuidado. Pereira, Sá e Miranda (2014) analisam o itinerário terapêutico e algumas narrativas de vidas de adolescentes em situação de crise psicossocial para compreender como vem sendo ofertada a assistência de cuidado da rede, discutindo os impactos na vida do sujeito quando ocorrem ações de cuidado fragmentadas na rede. Reinaldo e Saeki (2004) utilizam um estudo de caso para analisar o itinerário terapêutico de um paciente psiquiátrico por meio da narrativa do paciente e seus familiares, e entendem que conhecer o itinerário pode *elucidar os modos pelos quais esses indivíduos se reorientam em um mundo de relações, atividades e planos individuais e coletivos que são, por vezes, profundamente alterados pela doença* (REINALDO e SAEKI, 2004, p.397). O texto se compõe desde o diagnóstico de esquizofrenia e a compreensão da família para este diagnóstico, até questões singulares como reações ao medicamento, impressões no internamento, reorganização da família e, a partir da análise do percurso do sujeito, aponta novas possibilidades de cuidado na rede que não foram identificadas nas narrativas (visitas domiciliares, acompanhamento terapêutico, plano terapêutico individual). Valdanha-Ornelas e Dezoti (2016) buscaram compreender o percurso de mães de pessoas com diagnóstico de anorexia nervosa por meio do itinerário terapêutico. Analisaram como vem sendo dado o tratamento da anorexia nervosa e apontaram que por se tratar de um transtorno psiquiátrico, muitas vezes é apontado pelos próprios profissionais de saúde como “frescura”, o que dificulta o direcionamento para o cuidado do sofrimento em questão. Quando o quadro é compreendido como algum tipo de anemia, o médico avalia, medica e acompanha, mas quando a questão tem como pilar o caráter emocional há dificuldades no diagnóstico e estratégia de cuidado ofertada.

Budó et. al. (2008) investigaram práticas de cuidado sobre a dor de usuários do Sistema Único de Saúde, a partir do itinerário terapêutico, apontando que as pessoas buscam os remédios caseiros, apoio da comunidade e religiosidade antes da rede formal de serviços de saúde. As autoras (BUDÓ, RESTA, DENARDIN, RESSEL e BORGES, 2008) afirmam que, aos dispositivos da rede de saúde formal, são ofertados como complementares procedimentos não-convencionais, que dizem respeito aos saberes populares, indicando-se a necessidade de os profissionais de saúde conhecerem essa rede informal. Mesmo com o refinamento da busca de nossa mostra de artigos – palavras de busca: itinerário terapêutico e saúde – há variações tanto no emprego da metodologia como outros recortes de discussão. Leite e Vasconcellos (2007) discutem sobre a relação do pesquisador com o informante da pesquisa por meio da experiência de pesquisar com itinerário terapêutico. Finkler, Vieira, Tacla e Toso

(2014) ao buscar a resolutividade da assistência a saúde da criança, empregam o itinerário terapêutico como resultado, e não como proposta inicial de metodologia ou parte dela.

Alves e Backstrom (2012) buscam compreender como os sujeitos lidam com a doença mental considerando a pluralidade dos sistemas de cuidado, abrangendo aspectos da rede profissional, popular e alternativo, pensando a busca pelos dispositivos públicos, privados, tradicionais e alternativos. Os autores comparam itinerários terapêuticos de lugares diferentes e percebem no caso da doença mental há uma complexidade significativa na gestão de saberes e poderes e que os itinerários terapêuticos se constroem entre possibilidades plurais. Enquanto Cardoso, Oliveira e Piani (2016) analisam como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do estado do Pará. O itinerário terapêutico é apontado como um indicador, junto à outros como: o processo de saúde e doença; práticas de cuidado em Saúde Mental; e autonomia. A estratégia possibilitou analisar os operadores da Reforma Psiquiátrica e práticas manicomiais que persistem no cotidiano. Para a construção dos itinerários terapêuticos, entre as pesquisas relacionadas especificamente a saúde mental, 2 utilizaram o relato de familiares de usuários com sofrimento psíquico, os quais abordam o tem do autismo e transtorno alimentar, enquanto 2 utilizaram o relato de usuários com sofrimento psíquico, no caso do estudo a partir de um CAPS do Pará e no caso do estudo de narrativas de vidas de adolescentes de um CAPS.

Encontramos poucos trabalhos que relacionam Itinerários Terapêuticos com o sofrimento psíquico grave e notamos que a experiência do usuário no seu processo de adoecimento cria uma rede de possibilidades de cuidado singular a cada território, tempo e circunstâncias. Os artigos expressaram a importância dos aspectos culturais na construção dessa rede de cuidado nos caminhos percorridos pelos usuários, sendo necessário estar atentos para os saberes populares e seus efeitos, como os chás, massagens, raízes e elementos da dimensão religiosa, como rituais xamânicos, influência ancestral, a influência dos pastores, benzedadeiras, entre outros. Atentos também para questões como o consumo de medicamentos farmacêuticos sem o acompanhamento médico, o que nos convoca a pensar sobre os riscos do processo da automedicação. Bem como a potencialidade de ações que o sujeito cria para ser ativo na construção do seu cuidado. Por meio dos itinerários terapêuticos, foi possível perceber os impactos negativos que ações fragmentadas em rede podem ocasionar, devido a falta de integralidade das ações de cuidado. As discussões sobre o diagnóstico tardio e o agravamento das doenças crônicas representa uma ameaça à vida dos usuários.

De uma forma geral, o itinerário terapêutico nos auxilia a localizar as potencialidades e os desafios tanto na dimensão local, seja nos dispositivos de saúde do território, na singularidade dos elementos culturais, seja na dimensão social ampliada, como o atravessamento de uma ideologia capitalista que ameaça uma cultura de saúde na sociedade. A estratégia é potencializadora na produção de vida e acesso, pois respeita a criatividade e cultura dos sujeitos, o colocando como um sujeito ativo no seu processo de adoecimento/sofrimento. E produz visibilidade em relação aos elementos simbólicos, a experiência de adoecimento e de sofrimento, pois quando a doença não demarca o corpo, a busca se torna diferente porque não basta examinar a ferida na pele.

1.3.3 A experiência do adoecimento/sofrimento

A partir do que foi observado na literatura, o itinerário terapêutico potencializa uma via de acesso à experiência de um sujeito em uma determinada condição que gera sofrimento. Mattosinho e Silva (2007) consideram que o Sistema de Cuidado à Saúde possibilita interpretações para sua condição e possíveis ações para o tratamento, e nesse processo são construídas as doenças, tratamento e cura. Buscar a vivência dos sujeitos em primeiro plano, permite visualizar as fragilidades e potencialidades da rede de cuidado. Abrir espaço para a experiência de adoecimento ou condição que gera sofrimento, por meio do itinerário terapêutico, contribui para ações de profissionais de saúde mais humanizadas e análise da rede, porque nos ajuda a compreender a experiência de cuidado do sujeito na dimensão individual e coletiva. Nesse sentido cabe reflexões acerca da experiência de adoecimento e sofrimento, principalmente quando nos referimos ao sofrimento psíquico, que muitas vezes passa por uma leitura equivocada de que estamos lidando com alguém mais fraco ou que está de frescura, aspecto que denuncia uma ideologia dominante produtivista pulverizada na sociedade.

Para pensar o sujeito a partir de sua experiência e a multiplicidade de vivências que podem emergir, ressaltamos aqui, como exemplo, a experiência de ouvir vozes, que é comum a muitos usuários da rede de saúde mental. Kantorski, Andrade e Cardano (2017) apontam que, em 1987, os psiquiatras Marius Romme e Sandra Escher fundaram o movimento dos ouvidores de vozes na Holanda. O movimento visa novas estratégias de lidar de forma positiva com as vozes, entendendo que o preconceito e segregação relacionados a tentativa de calar as vozes é o que gera maior sofrimento. Então o psiquiatra Marius Romme sugeriu a

Pasty Hage, diagnosticada com esquizofrenia, que compartilhasse sua experiência de ouvir vozes com outras pessoas que também vivenciavam esse processo. Surge então o Movimento dos Ouvidores de Vozes, que visa apoio mútuo entre os integrantes, sendo criada uma organização para dar suporte para outras iniciativas em vários países, chamado Intervoice (The International Network for Training, Education and Research into Hearing Voices), este órgão possui um conselho formado por profissionais especializados e pessoas que ouvem vozes (KANTORSKI, ANDRADE, CARDANO, 2017). O movimento já acontece em 26 países.

Historicamente a experiência da audição de vozes apresentou diversos significados, o movimento dos Ouvidores de Vozes vem sendo constituído no mundo para repensar os modos como interpretamos essa experiência: “Na cultura ocidental moderna, a audição de vozes é comumente associada a experiência da “loucura”, situada no âmbito da individualidade, da experiência subjetiva, passando a ser classificada, também, como um sintoma psiquiátrico passível de tratamento”. (BARROS e SERPA JUNIOR, 2014)

A experiência do ouvir vozes já passou pelo crivo das experiências religiosas, bem como pela roupagem da ciência moderna. Barros e Serpa Junior (2014), a partir dos estudos de Rosenberg, apontam o papel dos diagnósticos médicos entre os séculos XIX e XX, os quais foram naturalizados independente das perspectivas culturais, tendo três principais fatores para sua consolidação: *o desenvolvimento de tecnologias biomédicas; a centralidade que os hospitais adquiriram desde o século XIX enquanto locais de tratamento, mas também de formação e pesquisa; e o papel das práticas e estruturas burocráticas (...)* (BARROS e SERPA JUNIOR, 2014, p. 559). Este último aspecto citado esteve atrelado aos procedimentos classificatórios, codificados pelos quadros nosográficos como DSM e CID. O Movimento dos Ouvidores de Vozes possibilita resignificar a experiência de ouvir vozes e possibilita que essa experiência seja compartilhada em um coletivo. A formação de um movimento nesse sentido convoca a reflexão de uma expressão de algo que não diz respeito apenas a dimensão individual, mas também coletiva. E que aspectos produzidos socialmente como a discriminação das pessoas que ouvem vozes são problematizadas.

Nesse sentido, apontamos que as ferramentas que visam a experiências dos sujeitos potencializam os modos de cuidado e produção de vida do sujeito com sofrimento psíquico grave. Entendemos o uso do itinerário terapêutico como uma ferramenta ainda pouco explorada no campo da saúde mental e que possibilita uma leitura na rede de saúde mental a partir da experiência dos sujeitos, possibilitando a análise de operadores em diálogo com a

Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial. Nesse sentido a história dos sujeitos com sofrimento psíquico para a construção dos itinerários aponta para uma possibilidade potente de pensar a experiência do sujeito na rede de saúde mental nos municípios.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, compreendendo que essa metodologia valoriza o significado que as pessoas dão aos fenômenos, possibilitando a construção do conhecimento a partir das crenças, valores, representações e relações humanas (MINAYO, 2004).

A estratégia metodológica que o trabalho propôs foi dividida em três eixos, os quais não dizem respeito às etapas, mas sim as estratégias de trabalho, pois estas se transversalizaram durante o processo de pesquisa. A primeira estratégia refere-se a cartografia, enquanto modo de fazer; o segundo diz respeito à narrativa, enquanto modo de contar; e o terceiro diz respeito às linhas de análise, enquanto estratégia de análise. Os quais serão explanados a seguir.

Também serão apresentados detalhes a respeito dos participantes, campo, instrumentos, procedimentos e aspectos éticos.

2.1 APRENDIZ DE CARTÓGRAFO: VAGAR PELA EXPERIÊNCIA

Para compreender sobre o método da cartografia, Tedesco, Sade e Caliman (2013) nos apontam três pistas que nos auxiliam no processo de pesquisar a experiência: cartografar como acompanhar processos, como método de pesquisa-intervenção e como coletivo de forças enquanto plano de experiência cartográfica. O método não é soberano, as escolhas feitas dependem do espaço-tempo da situação estudada.

Ressaltamos que a primeira pista contém a ideia de que a realidade é feita de processos e não só de objetos delimitados, acompanha o movimento e a dimensão processual da experiência. E a fala como elemento que faz emergir a experiência e não mera representação, como propõe Kastrup (2008) cartografar é acompanhar um processo e não representar um objeto. Em relação ao aspecto da fala, Tedesco, Sade e Caliman (2013) apontam que a fala pode dar abertura à experiência ou os discursos podem operar preocupados em responder corretamente o entrevistador, essa abertura pode tanto não estar presente na fala do entrevistado como na escuta do entrevistador. E para que haja entrevistas que não fechem o espectro da experiência Tedesco, Sade e Caliman (2013) afirmam que não dizemos que a entrevista é uma colheita que se cultiva, um diálogo que precisa ser manejado com atenção e cuidado.

Devido ao caráter pragmático da linguagem, toda entrevista é produtora de realidades, de experiências, consequentemente, é preciso estar atento aos modos de proceder na construção da experiência ao longo da entrevista, a fim de promover sua abertura às variações, às multiplicidades para impedir seu fechamento em perspectivas totalizantes. (TEDESCO, SADE e CALIMAN, 2013).

Considerando que uma conversa se faz nos encontros, nenhuma subjetividade funciona como centro gerador da ideia, *o discurso narrado infiltra-se no discurso do narrador* (TEDESCO, SADE e CALIMAN, 2013), dando importância aos novos sentidos produzidos a partir de então. Nesse sentido, os autores apontam que a escuta acompanha a processualidade do relato, a entrevista remete a uma conversa em que não há apenas um eu, mas que expressa a experiência, inclui as sensações, e constitui novas formações subjetivas (TEDESCO, SADE e CALIMAN, 2013). Kastrup (2008) aponta a necessidade de abertura do cartógrafo para a experiência e de que não se trata de se deslocar numa cidade conhecida, mas de produzir conhecimento no decorrer da pesquisa.

Gabriel Schvarsberg (2011) ao questionar como o movimento pode ser cartografado, aponta a partir de Deleuze que esse movimento não pode ser confundido com o espaço percorrido, pois o espaço que foi percorrido é parte do passado e o movimento é presente, diz respeito ao ato de percorrer. Nesse sentido, cartografar um percurso não cabe reprodução, pois sempre vai ocorrer criação no movimento, inclusive diante de cada cartógrafo. Nesse sentido Rolnik (1998) nos fala do corpo vibrátil, o qual será discutido adiante.

2.1.1 Análise de Implicação

Um dos atravessamentos da pesquisa constitui-se pelo fato de que o movimento de pesquisar aspectos da rede de saúde mental está sendo feito por uma técnica de Psicologia dessa mesma rede, ampliando a vivência além das etapas mais objetivas previstas na pesquisa. Paulon (2005) também nos convida a pensar a posição que o pesquisador assume em seu campo de pesquisa e as relações estabelecidas com os sujeitos.

Para que o pesquisador social possa contribuir nos problemas coletivos a pesquisa precisa estar centrada na ação, fazendo com que os conflitos de classe não sejam reduzidos. Diferente da pesquisa ação, em que o agir é planejado para que os sujeitos da pesquisa modifiquem o objeto de pesquisa, a pesquisa-intervenção reposiciona a relação do sujeito com o objeto e redireciona a relação da teoria com a prática (PAULON, 2005). A autora aponta que na Análise Institucional a gênese teórica e a social são indissociáveis, o momento da pesquisa é também o momento da intervenção, porque sempre se está implicado. O plano da

Clínica e da Política andam juntos, pois trata-se de *como acompanhar processos de subjetivação que se objetificam e corporificam não necessariamente em sujeitos individuados* (PAULON, 2005, p.22). Nesse sentido, a análise de implicação passa a ser uma ferramenta para o pesquisador, que *é expressão do intelectual implicado, definido como aquele que analisa as implicações de suas pertencas e referências institucionais, analisando, também, o lugar que ocupa na divisão social do trabalho, da qual é legitimador* (PAULON, 2005, p.23). Pois o pesquisador, visto dessa forma, vai analisar além do momento da pesquisa, mas também dos outros lugares profissionais que vai ocupando. Dias, Passos e Silva (2016) apontam, a partir de René Lourau, que os diários de pesquisa expressam o que está fora do texto acadêmico, marginal diante da experiência acadêmica, mas que expõe a implicação do pesquisador, e que é na análise de implicação do pesquisador com o campo que investigamos os pertencimentos e as referências institucionais que atravessam a experiência de pesquisa. Para facilitar esse processo fizemos uso do diário de campo, para incluir a análise do impacto do campo vivido.

2.1.2 Corpo Vibrátil

Rolnik (1993) aborda as relações que se conectam na dimensão do visível e do invisível, e o que nos compõe faz diferentes conexões e rupturas, desestabilizando o que vai nos constituir. Impulsionando a criação de um novo corpo – nos tornando outros. *Cada um destes estados constitui uma diferença que instaura uma abertura para a criação de um novo corpo, o que significa que as marcas são sempre gênese de um devir* (ROLNIK, 1993, p. 2). A partir do momento em que uma marca acontece, ela segue viva, continua a existir, e tem ressonância quando se reatualiza. Todo esse processo acontece em outra lógica de tempo, em linhas de tempo múltiplas e imprevisíveis, *heterogênese no sentido de que a gênese do devir é sempre uma diferença e que o devir é sempre um devir-outro* (ROLNIK, 1993, p. 2). As marcas criam memórias no nosso corpo, na dimensão invisível. A partir disso, os pensamentos funcionam por constrangimento e acaso (ROLNIK, 1993), impulsionado pelos encontros, as diferenças e as necessidades – *a diferença que nos arranca de nós mesmos e nos torna outros* (ROLNIK, 1993, p. 3).

A inteligência vem sempre depois", frase de Proust que encanta Deleuze, e que continua assim: "a inteligência só é boa quando vem depois". O que Proust/Deleuze querem dizer é que a inteligência, neste modo de exercício do pensamento, só é boa quando vem assessorar a criação de um corpo conceitual que seja a escultura feita

com a matéria-prima de uma dada marca; ou dito de outra forma, a inteligência só é boa quando é usada a serviço de uma escultura do tempo a serviço de um devir – outro (ROLNIK, 1993, p. 4).

Diante disso, a autora discute o rigor, como ético/estético/político: ético porque tanto as regras e verdades tomadas como um valor em determinado campo de saber não são de ordem moral; estético porque não se trata do rigor de um campo de saber que já está dado, mas da criação desse campo, que diz respeito as marcas no corpo do pensamento; e político porque trata-se de uma luta, em que não ignoramos e não apagamos as marcas.

Em geral isto acontece quando não estamos suportando o estranhamento provocado pelas marcas, quando sua trepidação tomou-se infernal, e então para nos proteger, nos aboletamos no oco de um conceito neutro e gratuito na medida em que não nasceu de uma violência, ou ficamos como zumbis zanzando no exercício clean de um quebra-cabeça de charadas lógicas (ROLNIK, 1993, p. 4).

Rolnik (1998) menciona dois tipos de leis que levam ao conhecimento, a primeira é a lei imanente, a qual se orienta pelo *corpo vibrátil*, o conhecimento por meio da vibração e da contaminação, disparado pelas marcas. Enquanto a lei transcendente é a que se impõe ao desejo, é colocada como algo a priori a ser obedecido. E nesse sentido ela discute a produção do conhecimento e a leitura de mundo colonizada. Não se trata de mera reprodução, mas de cartografar, traçando um mapa de sentido, produzindo consciência de si em um novo mundo.

Pensar o processo do trabalhador ser o pesquisador do seu próprio campo de trabalho faz com que o corpo atue como bússola, não conhece por representação, mas por vibração e contaminação e as escolhas são direcionadas pela vida (ROLNIK, 1998), pelo cotidiano de trabalho. Os problemas, dúvidas e inquietações do trabalho, atravessados por múltiplos territórios vivenciais do pesquisador-trabalhador tem implicação na estética da pesquisa, mais ainda, atua como força propulsora na análise dos processos.

2.2 PARTICIPANTES E INSTRUMENTOS:

Os participantes são usuários da rede de saúde mental de uma cidade da 6ª Regional de Saúde do Paraná, com histórico de sofrimento psíquico grave e que já tenham tido assistência de cuidado das equipes técnicas das Unidades de Saúde da Família há um tempo mínimo de dois anos (acesso à rede, no mínimo, desde 2015). Independe o gênero e com idade acima de 18 anos. O número de participantes é de 5 pessoas: as quais correspondem a 5 usuários da rede de saúde mental do município escolhido, com histórico de sofrimento

psíquico grave, definidos junto às equipes das unidades de saúde do município. Ressaltamos que o número de participantes foi definido a partir do número de Estratégias de Saúde da Família – ESF do município, ou seja, possui 5 unidades.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com a utilização de um roteiro com a função de disparar a conversa, a qual está sendo gravada conforme autorização dos sujeitos da pesquisa. Posteriormente as entrevistas estão sendo transcritas e as narrativas estão sendo construídas.

2.3 PROCEDIMENTOS:

Foi solicitada autorização para o gestor da Secretaria Municipal de Saúde do município. Chegamos aos nossos participantes por meio das equipes técnicas das Unidades de Saúde da Família, e iniciamos o agendamento das entrevistas com os usuários. A partir das entrevistas foram produzidas narrativas junto com os usuários. As entrevistas ocorreram entre junho e dezembro de 2017. As conversas com os participantes foram gravadas, mediante autorização dos mesmos, e posteriormente transcritas. Aos participantes foi apresentado o TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido), no sentido de esclarecer a operacionalização da coleta de dados e objetivos da pesquisa. Também foi construído um diário de campo da pesquisadora.

Aspectos Éticos: Fica constado por meio da Resolução 466/2012, que o objetivo da pesquisa é de desenvolver e contribuir para o conhecimento. Entendemos que a pesquisa se propõe a abrir espaços para a discussão e reflexões de como as atividades e decisões, bem como as políticas públicas relacionadas. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UNICENTRO - COMEP. A pesquisa está sendo pautada no esclarecimento de todas as atividades, considerando termos e declarações que expliquem aos participantes o processo, inclusive a disseminação e publicação dos resultados. Esse procedimento está sendo feito por meio do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), o qual esclarece o sigilo, participação voluntária, assim como riscos e benefícios; bem como a carta de anuência voltada à instituição. O sigilo das informações das entrevistas e aspectos da pesquisa relacionados a instituição é de responsabilidade da pesquisadora, não trazendo riscos materiais aos participantes, os quais terão a garantia de anonimato. Ainda em relação aos riscos, estes não se voltam para a saúde e integridade dos participantes, exceto no caso de algum embaraço ou constrangimentos, neste caso a pesquisadora se responsabiliza para o

encaminhamento para acompanhamento na rede de cuidado local. Sendo a pesquisadora responsável pela coordenação e realização do processo da pesquisa. Estes participantes poderão desistir do processo da pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de justificar, no sentido de garantir a liberdade destes.

Enquanto benefícios oferecidos pela pesquisa, intenciona-se após as entrevistas dar uma devolutiva aos participantes, explicando a contribuição destes na pesquisa e o caminho de análise dos dados, trazendo a possibilidade de repensar as práticas enquanto contribuição. Possibilitando dessa forma, melhorar a compreensão de como o cuidado em saúde mental acontece no município e disparar a reflexão dos seus efeitos e possibilidades de melhoria.

Também se faz necessário deixar explícito que ao final da pesquisa será construído um artigo final, o qual implicará publicações em revistas científicas, bem como apresentações em eventos científicos de relevância.

2.4 NARRATIVAS: O MODO DE CONTAR

No campo das narrativas existem uma série de possibilidades de compreensão, pois envolve uma discussão política e estética, e tomamos a narrativa aqui como um modo de contar. Dias, Passos e Silva (2016), ao investigar a política da narratividade, apontam que a cartografia busca analisar o plano coletivo das forças envolvidas na dimensão da realidade e pressupõe que a investigação é uma pesquisa-intervenção, bem como os modos de narrar habitam a experiência em uma dimensão política no campo da pesquisa qualitativa, porque diz respeito à uma perspectiva sobre o mundo e sobre a sua vivência nele.

Por dizer a respeito da partilha da dimensão do que é sensível, a experiência política e estética se articulam. *A experiência narrativa expressa um modo de tomar parte nas relações do campo analisado, onde se atravessam políticas de saúde, políticas de drogas e políticas da subjetividade* (DIAS, PASSOS e SILVA, 2016, p. 551). E escolhemos o uso de narrativas como uma ferramenta para acessar a experiência compartilhada, buscando ampliar a visão das práticas de cuidado no campo da saúde mental.

Por meio de um roteiro, foram gravadas entrevistas semi-estruturadas com os cinco participantes, e a partir desse conteúdo as narrativas foram construídas pela entrevistadora/pesquisadora. As narrativas serão apresentadas a seguir junto aos resultados.

2.5 LINHAS DE ANÁLISE: CONTORNANDO AS IDEIAS

A partir das narrativas produzidas, elegemos problemáticas transversais que foram discutidas. As quais foram organizadas em linhas de análise e dialogadas com a revisão bibliográfica pertinente, conforme o que foi encontrado na experiência com o campo de pesquisa. Os temas de cada linha foram escolhidos no decorrer da pesquisa, discutidos com o orientador e grupo de estudos para análise dos dados.

3 RESULTADOS

Para compor nosso resultado, traremos no primeiro momento a descrição do contexto em que cada narrativa foi produzida, como o território da USF, demandas apontadas pelas equipes e a escolha do sujeito junto à equipe; bem como as narrativas produzidas. No segundo momento traremos as linhas de análise e sublinhas produzidas a partir de temas transversais que emergiram das narrativas.

No planejamento da pesquisa, intencionávamos a experiência do itinerário terapêutico narrada pelo sujeito com sofrimento psíquico grave e de um familiar desse sujeito. No entanto, durante o processo da pesquisa, fomos percebendo a infinidade de possibilidades de análise de dados e acabamos restringindo nossa análise de dados às entrevistas e narrativas com os sujeitos com sofrimento psíquico grave. Alfredo Naffah Neto (1998) ao discutir o que as marcas que a loucura produz no sujeito, revisita um conto de Gabriel García Márquez, em que a personagem entra por acaso no ônibus de um sanatório e é confundida com os demais pacientes psiquiátricos, e com isso, passa a ter o seu discurso desacreditado. Tal discurso passa ter legitimidade apenas na mediação da palavra do médico e a fala é apreendida como sintoma de uma doença. Permitir acolher o que está além dos códigos aprisionantes e do que possa parecer insólito possibilita a potência da criação e da produção de vida, sem negar a dificuldade e o sofrimento das pessoas que passam por experiências de loucura. Nesse sentido, circunscrever como participantes desta pesquisa pessoas com sofrimento psíquico grave possui uma dimensão política, visto que o sujeito não precisa estar sob a tutela do discurso médico ou familiar, pois os códigos produzidos por esse sujeito são para compor a narrativa da sua experiência e do seu itinerário. Segundo Naffah Neto (1998), o estigma da loucura se assenta sobre a fala do sujeito, visto que ele é desacreditado em relação ao que ele diz – ou sua fala é vista como “sem sentido”, “sem razão”, ou é desacreditada simplesmente pela posição social ocupada. Assim, nega-se o direito à cidadania e a própria experiência. É justamente sobre esse aspecto que reside uma das críticas da Reforma Psiquiátrica e é com base nessa perspectiva que buscamos colocar a narrativa dos participantes em um primeiro plano. Logo, utilizamos para análise essa experiência narrada pelos sujeitos a respeito do sofrimento e produção de cuidado nas redes, somados ao diário de campo do sujeito pesquisador implicado na rede, conforme a perspectiva metodológica escolhida.

Passos e Kastrup (2013) ao problematizar o processo de validação de uma pesquisa cartográfica apontam que este movimento não deve acontecer no final de uma pesquisa, mas

em todo o seu processo, e que é contemplada na autoavaliação do próprio pesquisador e pelos participantes da pesquisa, bem como alguns indicadores podem auxiliar nessa validação, que dizem respeito ao *acesso à experiência, a consistência cartográfica e a produção de efeitos* (PASSOS e KASTRUP, 2013, p. 393). Torna-se fundamental refletir sobre o plano coletivo de forças na produção de dados e o modo como os dados são apresentados, como na narratividade. Passos e Kastrup (2013) apontam que a política da narratividade precisa ser coerente à política da pesquisa e que a atitude narrativa visa desmontar a unidade do fenômeno, diz respeito a produção de um devir que acolhe o que é criado no processo de pesquisa. *A escrita inventiva deve incluir não apenas os resultados finais que se mostraram favoráveis e representáveis, mas também o avesso da pesquisa, com as dificuldades e eventuais tensões e conflitos, bem como os enigmas e os problemas que restam em aberto* (PASSOS e KASTRUP, 2013, p. 399). Nesse sentido, as linhas de continuidade envolvem o pesquisador e outros sujeitos afetados, tornando o texto polifônico, convidando o leitor à um mergulho na experiência.

Com base nessas considerações, escolhemos apresentar como resultado da pesquisa as narrativas integrais dos participantes, convidando o leitor nessa imersão na experiência de cada participante, ressaltando que esta experiência é produzida a partir do encontro de quem fala e de quem escuta. Também se colocariam como opção a apresentação de um “resumo” das narrativas ou apenas trechos recortados conforme as pretensões analíticas. Entretanto, aderir a estas últimas estratégias poderia expressar um processo de redução e objetificação dos nossos participantes. Nesse sentido, compreendemos que selecionar fragmentos a partir da nossa escolha levaria a perda da potência de uma história que não pode ser resumida. Em vista dessa coerência teórico-metodológica, trazemos as narrativas na íntegra para, na discussão, destacar as linhas de análise emergentes.

3.1 AS EXPERIÊNCIAS NARRADAS

Os sujeitos participantes foram selecionados junto às equipes de saúde das cinco USF, entendidos como casos de saúde mental do território que são desafiadores por algum motivo. Direcionamos a busca com as equipes a partir da concepção de sujeitos com sofrimento psíquico grave e podemos apontar que as equipes entenderam como casos difíceis de manejar. Buscamos introduzir cada uma das histórias conforme o que foi sendo produzido no campo. As Unidades serão identificadas por meio de letras e os nomes apresentados, tanto

dos sujeitos que narram como de personagens que surgem ao longo de cada percurso, são fictícios, visando preservar o anonimato dos participantes.

3.1.1 Unidade de Saúde da Família A:

A narrativa a seguir pertence ao usuário da Unidade de Saúde da Família A, a qual pertence ao território urbano. Em relação às principais demandas no território identificadas pelas agentes comunitárias da unidade estão: a preocupação com a questão de uso abusivo de drogas, automutilação, alto consumo de psicotrópicos e preocupação com as questões relacionadas ao suicídio. O município abordado apresenta o maior índice de suicídio na Regional de Saúde pertencente e a maioria dos casos notificados pertencem a esse território³. Trata-se de um território vulnerável e com problemas de habitação, caracterizada por moradias precárias e áreas de ocupação. O caso foi indicado pelas agentes comunitárias de saúde que expressam dificuldade de fazer visitas na casa do usuário e em responder a demanda da rede a respeito do usuário. Ele frequenta o CAPS assiduamente, mas não acessa a unidade de saúde do território.

O convite para a participação do usuário na pesquisa foi feito depois de um grupo temático no espaço do CAPS. Houve a necessidade de planejar o convite de forma cuidadosa devido ao conhecimento prévio da dinâmica de funcionamento do usuário, o convite foi feito em uma sexta feira e a conversa prevista para segunda feira. Foi esclarecida a diferença da participação na pesquisa dos atendimentos ofertados pelo CAPS e a expectativa a respeito da conversa foi debatida. Na segunda feira, data da conversa, o usuário expressou preocupação com a possibilidade de a entrevista ser um encaminhamento para internamento. Novamente foi retomada a diferenciação da pesquisa e do atendimento, buscando esclarecer a diferença do papel de técnica de psicologia e de pesquisadora, bem como a possibilidade de desistência de sua participação caso desejasse. Decidindo participar da entrevista, o usuário entregou uma carta a respeito da mensagem da voz de uma moça que o acompanha com o pedido de que ele não seja internado, conforme figura do Anexo A. Ressaltamos que se trata de uma característica do usuário apresentar cartas para expressar questões que lhe geram ansiedade. Chamaremos nosso usuário com o nome fictício de Eco, como o nome da ninfa repetidora da mitologia grega, a qual não inicia uma conversa porque não pode fazer uso de sua voz, mas que apesar de repetir os gritos dos outros, sempre tem a última palavra (GRAVES, 1990).

³ Conforme notificações registradas pela 6ª Regional de Saúde do Paraná.

Eco tem 41 anos e mora com o irmão mais velho, não tem emprego e não é beneficiário de programas de transferência de renda, usa vestimentas pretas, faz uso de acessórios exóticos feitos por ele com peças de capacete, luvas coloridas e correntes. Possui o diagnóstico médico de esquizofrenia e frequenta todas as atividades do CAPS em que é convidado.

A história do Eco e da voz que ecoa.

Meu nome é Eco, tenho 41 anos, nasci em uma cidade vizinha. Eu busquei ajuda porque eu ouvi os conselhos da minha irmã. Quando eu era pequeno eu não gostava que os meus pais brigavam muito, eu sempre fui normal. Por exemplo a minha mãe não gostava que eu andava de blusa, sempre, porque eu me achava magro demais. E agora inverteu, agora eu quero emagrecer. Geralmente às vezes, agora eu uso blusa com mais frequência. Oh, quando eu vestia roupa colorida, achavam que eu gostava de homem. Não sou contra a quem gosta de homem, cada um faz o que quiser. Mas então daí eu desisti, daí quando eu usava roupa muito colorida, aliás, cor de rosa gostava de homem, quando usava colorido me chamavam de arco íris e quando eu cobria o pescoço me chamavam de padre! Então resolvi usar roupa preta, que combina mais comigo e é a melhor roupa, o resto eu acho feio. Eu me sinto bem, eu fico mais... já sou feio.

Eu fui precisar de médico quando eu sonhei que a minha mãe ia morrer, acho que foi em 2000. Primeiro eu sonhei um sonho que não tinha nada a ver, que ela estava sendo enterrada no nosso lote, daí depois eu sonhei com o velório dela completo. E depois eu sonhei uma música que eu tinha escutado. E depois eu sabia que ela ia falecer. Daí eu tentei morrer antes dela, mas infelizmente eu não fui. Daí depois eu sabia que meu pai ia morrer também. Aí eu tentei ir junto, mas não, fui impedido de novo. Eu fui impedido porque me apareceu no quarto uma menina chamada Ana, mas eu não conhecia, então eu a chamei de Kelli. Aí ela foi me dando uns sonhos pra me guiar. Mas como ela sabia que eu era muito mas muito teimoso e faço as coisas que eu quero pra tipo impedir a morte da pessoa, ela avisou do meu pai antes, daí meu pai morreu. Por exemplo eu ia sair 6 horas, como eu ia sair 6 horas, eu decidi sair antes, 5 e meia, mas no acidente de carro ele faleceu. E eu tinha sonhado também que ele ia falecer. Sonhei onde ele bateu o carro, como ele bateu. E tipo no sonho essa moça mostrou como que eu ia ficar se morresse e o que ia acontecer, por isso ela me impediu. Ela nunca falou coisas erradas, por exemplo, se eu tivesse ido com meu pai, não era a minha hora. Tipo,

ia ser ruim pra mim. Então, ela sabia que era a hora do meu pai, mas não a minha. Ela não tinha como impedir ele, mas impediu a minha. Ela falou que ia ficar fora não sei quanto tempo, talvez um dia, talvez duas semanas, pra ver como eu vou reagir sem ela. Só que ela falou que não vai me abandonar. Sem ela, não sei, acho que eu ficaria em depressão. Que daí as pessoas normais, vivas que eu digo, não ficam perto de mim, daí se até os mortos fugirem daí não...rs! E também uma vez que eu era pequeno eu fiquei sozinho e daí eu vi um monte de gente e falaram que não iam sair enquanto minha mãe não voltasse, que depois que a minha mãe voltou eles saíram. E depois daí eu vi uma menina pequena de mais ou menos 10 anos num depósito de batata que o meu pai trabalhava e já vi um homem dentro daquele depósito, só que daí eu vi a cabeça e o olho, porque o depósito já estava fechado e era 6 horas da tarde. E só. E daí essas pessoas não apareceram mais. E também um vendedor de roupa também viu essa pessoa que eu também vi.

Quando eu fui internado foi 2010, ou 2011, na verdade eu não gosto de falar porque eu tentei me matar e daí eu não vou falar... Meu internamento foi horrível! A comida eu não gostava, era ruim, ficava com todas as pessoas num pátio enorme, de todos os tipos, de todas as doenças, brigando e só iam lá quando estavam se matando. Aí eu não sei se foi ilusão minha ou o que, ou se foi uma premonição, mas eu vi uma pessoa se matando naquele corredor. Mas aí eu não posso dizer se foi real ou se foi ilusão. E se eu ficasse lá, tinha ficado louco de vez! Porque é horrível o internamento lá, não gostei e não indicaria aquele lugar pra ninguém. Não lembro o nome do lugar e quero até esquecer daquele hospital em Curitiba. Foi um internamento e eu saí por livre e espontânea vontade. E quando eu cheguei, por causa do remédio que eu tomei, eu estava tão dopado, tão dopado que demorou quatro meses pra eu voltar ao normal e eu fazia coisas que, as pessoas dizem, que eu não me lembro de ter feito: por exemplo, cheguei em casa e o meu irmão me pegou sentado numa área e eu não me lembro disso. Antes de tudo isso eu só ouvia a voz dela... a voz dela era normal, e quando ela apareceu pra mim era uma vez só e foi como uma pessoa normal, só me mostrou o rosto, e não falou nada – só falava em telepatia, em pensamento.

Depois do internamento fui orientado pelo hospital a ir no CAPS, mas não fui. Eu estava em Curitiba e não fui porque eu sabia que ia frequentar o CAPS daqui. Nessa época eu morava em Curitiba. Então eu nasci em uma cidade vizinha, fiquei lá até 1990, aí dia 10 de abril a gente veio pra cá, e acho que 2009 ou 2010 eu tive uma premonição que eu ia pra Curitiba, saí com 25 centavos e fui parar em Araucária, de Araucária eu fui parar em Curitiba. Eu tive uma premonição que ia morar em uma pensão e tudo que essa voz me falou,

aconteceu. Em Curitiba eu trabalhava, bom era, mas eu gastava muito com meu problema, foi bom porque eu preferi sair. Sobre o meu problema, eu sou infantilista, mas não é tipo a parte de sexo, é a parte de objetos, usar chupeta, fralda, essas coisas... Tipo mamar no peito, essas coisas normais de criança. Eu fico bem quando eu estou fazendo isso e depois sinto um remorso, sei lá tipo, não devia fazer. Hoje eu falo melhor sobre isso que antigamente porque antes eu tinha mais vergonha e as pessoas não acreditam e não entendem se eu falar. Hoje eu falo, se a pessoa não acreditar é problema dela, e também existem várias pessoas na internet que fazem isso, eu pesquisei pra ver se eu sou a única, tipo eu me chamo de aberração, por fazer essas coisas que não é normal. Mas tem mais gente, então já não me considero aberração. Eu não compartilho, não falo pra ninguém na internet, mas saber que tem outras pessoas me deixa mais confortável, porque eu me sinto, sei lá, mais normal.

Eu cheguei no CAPS daqui em 2014 ou 2015, depois que eu trabalhei em uma chácara porque eu tentei suicídio, isso foi depois de ter sido internado. Eu tentei suicídio e me levaram para o CAPS, a mulher dona da chácara que levou. Na verdade, eu não me lembro bem, mas antes eu fui para o Pronto Atendimento. Aí fui para o CAPS, fui em um grupo e comecei a me consultar com o psiquiatra, e eu fiquei um tempo sem frequentar. Aquela vez que eu tentei me matar na chácara eu vi a minha mãe, ela falou que isso ia acontecer, mas que não ia ser nada de mal para mim, que eu não ia tirar minha vida e que ela ia embora e ia mandar uma pessoa para me cuidar. Então quando essa pessoa vem, a minha mãe sai, quando essa pessoa sai, a minha mãe vem – não ficam as duas juntas. E a minha mãe sempre quer que eu cuide da minha irmã, se a minha irmã está com algum problema, ela aparece e me avisa, e eu tenho que ir pra Curitiba não importa como, seu consigo dinheiro, na hora não sei. Porque eu tenho que cuidar dela. Meu pai e minha mãe morreram e eu sinto saudade, eu sei que eles estão perto de mim, e sei que um dia eu vou estar perto deles também.

Retomando, aquela época eu parei de frequentar o CAPS por causa da psicóloga, porque ela falou que precisava de psicólogo. E eu gostava dela, mas não gostava das orientações que ela dava, por exemplo ela falou que o marido dela... assim eu não tenho nada a ver com a vida dela, mas achei uma coisa errada: que o marido dela fez brigadeiro na panela de teflon e ela falou que ia riscar, daí ficou brava e eu achei estranho que por causa disso ela precisou de psicólogo. Ela precisou de psicólogo por causa de uma panela de teflon e ela sabe que a panela risca. E parei de frequentar os grupos do CAPS porque tinha outros problemas também relacionados as pessoas que iam no grupo. Quando eu não ia no grupo eu ficava na cidade, ficava andando na cidade, depois comecei a ficar só em casa na cama, levantava fazer

comida e voltava para a cama, levantava e deitava. Fiquei mais ou menos um ano assim. As ACS não visitavam, nem hoje em dia, foi a assistente social e a pedagoga do CAPS, as agentes comunitárias foram decorrentes do problema da casa e elas disseram que a casa estava boa, que estava normal, que eu é que estou fora do juízo. Então se a pessoa quiser achar que estou fora do juízo, mas vai lá ver.

Quanto a medicação de hoje em dia eu tomo normal, se uma pessoa falar alguma coisa para bem eu vou fazer, senão não. Não precisa a pessoa ficar falando: tome, tome e tome... porque eu sei que a minha mãe não tomou e ela faleceu. Então eu tinha que ficar em cima dela falando: tome, tome e tome. Aí por um descuido eu tive que fazer umas coisas para o meu pai, aí ela acabou não tomando, foi ficando com tontura, caiu perto da farmácia e faleceu.

Quando foi para eu voltar a frequentar o CAPS, eu sonhei que ia te conhecer (psicóloga/entrevistadora), e também pela insistência da enfermeira, que eu gosto muito dela, tenho ela e vocês (equipe do CAPS) como irmãs. E às vezes nem eu acredito nas coisas que eu sonho, porque dão muito certo. Aí eu passei no CAPS perguntar, foi entre dia 07 e 08 de janeiro, aí a enfermeira falou que o grupo ia começar em uma segunda feira, eu acho que foi antes do seu aniversário. E faz mais ou menos um ano que eu voltei a frequentar os grupos e os atendimentos no CAPS. Eu faço os artesanatos, tapetes, cachecol, mandalas de fio, essas coisas. Outros lugares, eu gostava de ficar ali perto da praça no Rio Iguaçu, mas como tem muito usuário de drogas, fui orientado por ela, a voz, no caso a Kelli que eu chamo de Ana, eu chamo porque ela fica brava, ela prefere ser chama de Ana. Kelli Ana, ou Ana Kelli. Então ela me informa, que se eu for lá eu vou arrumar confusão com alguma pessoa, e assim vai, ela procura me orientar: vai em tal lugar ou tal lugar. O lugar que ela mais me indica é o cemitério que é mais calmo, e tem que ser o dia que ela quer, porque senão ela sabe o dia que eu vou arrumar problema. No caso, problema que digo um atropelamento, por exemplo saio tal hora e tal hora o carro bate, não que eu vá me atirar na frente, mas é um descuido sabe. Ela me indica para onde eu devo ir. Ela cuida do trânsito, tanto que eu tinha pavor de ir para a casa e hoje eu vou normal porque ela me acompanha. Assim eu não vejo ela, mas eu sei que ela está comigo, e vai falando: olha, desvia por aqui, tal pessoa vai precisar da sua ajuda, vá por aqui. No cemitério eu vou porque ela me orienta e eu sinto paz, aí ela vai conversar com as amigas dela.

Então eu comecei a buscar atendimento para me livrar do infantilismo e hoje estou confuso, porque a minha intenção era estar casado e ter uma filha, que no caso eu ia chamar

de Kelli e acho que menina é mais fácil de educar do que os meninos, mais fácil de orientar. Eu queria estar casado, mas nenhuma mulher quer casar com uma pessoa que quer ser uma criança. Aí às vezes eu penso em casar com uma pessoa que gosta do infantilismo, mas vai achar alguém, aí fico pensando se paro. Eu acho que o que causou o meu problema foi a minha mãe apanhando do meu pai, e o sofrimento dela quanto tinha que lavar a minha roupa, porque eu fazia xixi na cama e eu via que ela sofria por isso de lavar no frio a roupa suja, aí os vizinhos criticavam ela, ficavam tirando sarro. Aí eu tentei minimizar, aí foi indo e eu parei. Já na chácara eu acho que o que causou, foi eu não ouvir a intuição de que eu devia ter saído, se eu ficasse, teria ficado para sempre. E acho que lá eu não estava me dando bem.

E acho que hoje o que me ajudaria no tratamento seria conhecer, saber se alguma pessoa infantilista conseguiu se livrar desse problema para conversar, ver se devo continuar ou parar, como conseguiu. E só conheci as mulheres que fazem programas, só que elas não vão me incentivar a parar, é a profissão delas, elas querem ganhar dinheiro.

O meu diagnóstico eu não sei qual é, mas louco eu sei que não sou, porque se eu ver uma pessoa tentando se matar, nem que eu vá junto, mas eu tento fazer ela não se matar – nem que eu tenha que ir no lugar dela. Eu jamais deixei uma pessoa morrer, mesmo que seja meu inimigo. Louco eu sei que não sou, porque louco é uma pessoa que pega uma arma e vai assaltar um banco, coloca as pessoas em cativeiro, que judia. Sendo que a pessoa que ele pode estar judiando tem pai, tem mãe, tem filhos, tem uma vida. Então não pensa que a pessoa que ela está judiando se tivesse um parente na mesma situação o que poderia fazer ou se ela tivesse nessa situação, como ela ia reagir.

Na minha visão, no internamento deveria fazer grupos separados: alcoólicos, usuários de drogas, para não misturar, porque senão fica um usuário de droga incentivando uma pessoa que bebe ou uma pessoa que bebe incentivando uma pessoa que usa drogas - como a bagunça que eu vi. Para os outros, o internamento pode ajudar se as pessoas forem sérias, porque encher os pacientes de remédio e ficar na sala tomando café, como eu via, eu acho errado. Porque depois quando a pessoa está se matando e três, quatro amarrar e jogar em uma camisa de força, amarrar em uma cama e encher de injeção não resolve. Se pessoa concorda que seja para ajudar eu concordo que seja internado, senão, não, porque senão a pessoa volta pior do que estava. E acho que para as pessoas ficarem bem precisam não desistir de viver, tomar os remédios e seguir as orientações. E se quiserem ouvir os conselhos e fazer que façam, mas que não fiquem criticando. O que muitos reclamam é que as pessoas não entendem que elas têm problema. Eu por exemplo quando eu recebo um conselho eu escuto o

conselho, mas eu vejo se vai me ajudar ou não. E sobre as outras coisas que me ajudaram no tratamento, eu acho que um abraço ajuda mais que um remédio. Porque eu por exemplo nunca tive amigos, as únicas amizades que eu considero são as do CAPS, fora isso eu não considero mais ninguém meu amigo. Eu posso ajudar, mas não confio. Por exemplo, no meu velório eu duvido que outras pessoas vão ir, é isso que eu penso. Por exemplo se eu meu inimigo quer me matar, não tem nada a ver eu querer matar ele antes, porque se ele me matar ele que vai ter que pagar – eu não posso impedir, ele faz como ele quiser.

E eu não gosto da parte de sexo, me sinto mal, um incomodo que eu tenho é ter que limpar toda a cama, os móveis, as coisas, sabe ...é tipo um TOC! Tipo a ejaculação, se eu encostar, tenho que limpar, tipo a mesa a parede, o chuveiro, onde eu passei, tipo tudo. Aí tem que lavar a roupa, tem que lavar o tanque, o cheiro que fica, e assim vai. Eu faço isso quando eu vejo determinado tipo de pessoa, por exemplo mulher de calça jeans e alça do sutiã aparecendo com camiseta branca ...tenho que limpar, passar pano em cima: fico meia hora nesse ritual. No cemitério é a mesma coisa, quando eu chagava do cemitério eu tinha que chegar e lavar toda a roupa e varrer onde eu passei: do portão até a casa. Antes eu tinha medo dos mortos e desse medo eu me livreí, dos outros medos que eu não consigo me livrar. Tinha medo quando eu achava que ia morrer, ficava pensando e se eu acordo em um caixão enterrado, pensava como eu ia sair e hoje eu já não penso. E a Ana Keli que me fez parar de ter medo de morrer. Ela precisa me ajudar para pagar ela ter morrido antes da hora, como uma hora extra que ela tem que pagar – por ela ter ido antes.

E eu gostaria de me livrar dos meus problemas, a parte do sexo e do infantilismo. Eu não sei se fico um tempo fora, não sei se continuo indo no CAPS, os remédios estão me fazendo bem, mas sei lá, chega final de ano e eu não sei o que vou fazer. Não sei se continuo indo no CAPS mais um ano porque eu sei que logo vai trocar de funcionários, tipo uma intuição. E vai ter que começar tudo de novo. Fico na dúvida se paro meu tratamento, porque se mudar de funcionários vou ter que contar tudo de novo e eu sei que tem pessoas que não vão acreditar. Eu sabia que essa entrevista ia acontecer hoje e na intenção da Ana Keli era para acontecer antes. Aí se mudar a psicóloga, como eu acho que vai mudar, vai ter que começar tudo de novo, vai ser como abrir uma valeta e tampar e abrir de novo.

E em benzedores eu já fui, uma vez porque eu estava com cobreiro de dente, aí a mulher passou um óleo e sarou. Em vidente eu fui, mas só descobri que são um bando de mentiroso!

3.1.2 Unidade de Saúde da Família B:

A Unidade de Saúde da Família B compõe o território considerado o mais vulnerável do município, possui becos e áreas de ocupação. A equipe dessa unidade apresenta queixa de violência, uso abusivo de drogas, bem como dificuldades relacionadas ao tráfico, com várias indicações de casos onde estes aspectos estão relacionados. O primeiro sujeito indicado pela equipe está em processo de reinserção na comunidade após 8 anos de detenção, sendo 1 ano no Complexo Médico Penal, ele não foi escolhido para participar da pesquisa por apresentar traços persecutórios e outros sinais de crise, sendo avaliado junto a equipe o risco de gerar danos na relação com a rede e com a sua terapêutica. A usuária que será apresentada foi indicada por apresentar queixas para a equipe, mas não aderir as orientações, a equipe percebe que ela esteve com o quadro estável por um longo período, mas que vem apresentando sinais de desorganização psíquica. Ela apresenta frequência significativa na Unidade de Saúde de Referência, e atividades esporádicas do serviço de CAPS. A entrevista aconteceu no espaço da unidade e o convite foi feito com a ajuda das ACSs, bem como houve a necessidade de a entrevista ser agendada três vezes, devido às suas faltas na entrevista. Chamaremos nossa usuária de Amazona em alusão as Amazonas da mitologia grega, foram relacionadas pelos viajantes como mulheres guerreiras, que se tornaram lendárias por lutarem quando os homens tentavam submetê-las (GRAVES, 1990). Amazona tem 39 anos e até o momento da entrevista morava com o marido e a filha adolescente. Depois de algum tempo a usuária se separou do marido e passou a residir com a filha.

Um percurso de luta em uma pista circular.

Meu nome é Amazona, tenho 39 anos e moro nessa vila com meu marido e minha filha adolescente.

Ah, eu procurei ajuda quando eu vi que tava super mal né, tava numa cama. Chorando, sem comer, sem dormir, não queria conversar com ninguém. Quando eu vi que tava lá no fundo do poço. E não foram as outras pessoas, eu percebi. Ah, as pessoas também perceberam, mas mais eu percebi, eu por conta própria. Eu que sempre saí procurar ajuda. A primeira vez que eu me senti mal eu liguei na assistência na secretaria de saúde, aí depois que eu procurei ajuda aqui no postinho.

Eu percebi que não estava bem quando eu vi que tava numa cama né, sem dormir, que eu tava irritada né, queria quebrar as coisas né... E chegava a quebrar, jogar louça essas

coisas. Só chorava, qualquer motivo era motivo de choro né, falava uma palavra pra mim era motivo de choro. As pessoas não entendiam que eu não tava bem, achavam que eu era assim. Não entendiam, achavam que era frescura, ou era loucura né. Você era taxada de louca, por isso né, até hoje... Até hoje em casa, na família né, muitos acham que você é fresca, porque eu não trabalho né, então acham que eu não trabalho por causa disso, que é desculpa. Eu sou uma pessoa completamente normal, senão eu não conseguia fazer o meu trabalho né, faço comida normal, faço bolo, faço tudo. Sei cuidar da minha casa.

Quem buscou cuidado fui eu. Eu só ficava na cama, ninguém me ajudava! Na verdade saí por conta própria, o meu tratamento eu busquei, ninguém. Eu buscava outras coisas, a igreja! A igreja sim! Não ficava direto lá, mas eu procurava, eu gostava de hino. Eu na verdade, a minha família é toda católica, mas eu gosto mais da evangélica né. Chá, essas coisas, eu até tentava, mas não tomava. O pessoal da igreja entendia que eu tava ruim né. Daí eu só chorava né, eu ia escutava aquele hino e desabava chorar! Rs. Até hoje eu gosto, quando não tô legal, eu coloco hino, música eu gosto bastante.

Sobre os lugares que eu passei, na verdade, o lugar, não é você que escolhe, é feito a triagem né, o lugar que você vai é a assistência que indica, e lá você vai fazer a triagem pra daí saber o lugar que você vai, na verdade você nem sabe o lugar que você vai. Sabe na hora que você chega. Eu fui primeiro no Adalto Botelho, quando? Ih, lembrar é difícil né, ih, foi quando eu não tinha nem a minha filha, minha filha hoje está com 13 anos, foi no começo do meu casamento, há mais de 13 anos. No Adalto Botelho eu fiquei 18 dias. Do Adalto na verdade eu, foi acho que a minha mudança de vida, porque eu era acostumada a trabalhar, estudar, daí eu casei, eu só ficava em casa, só ficava muito fechada, porque daí eu não tinha conhecimento com ninguém, não tinha amigo, não tinha amiga. Aí quando eu vi que eu tava bem ruim eu me envenenei, tomei veneno de rato né. Procurei ajuda porque eu não tava bem né. Eu fui no telefone, liguei pra assistência me buscar que eu vi que não tava bem. Tomei o veneno porque eu não trabalhava né, daí sim, daí eu comecei a trabalhar. Só que foi o meu irmão que me tirou do Adalto, foi um tratamento interrompido né, falou assim: que aí não é lugar pra você, ele me tirou do Adalto. Ele achava assim que: não, já viu minha irmã num lugar desse. Ah, não sei, ele achava que não era lugar de tratamento pra mim né. Ele queria uma coisa melhor né. Só que eu passei por outros bem piores. Ele foi quem me tirou, ele como meu marido, e me tirou de lá. Assinou o termo de responsabilidade né.

Voltei, voltei a trabalhar tudo, daí foi quando eu tive minha filha, minha filha tava com 5 pra 6 meses. Aí deu depressão pós parto né, daí foi mais grave. Depois do Adalto, foi o

Bom Retiro, foi um mês e meio, com alta! Aí eu tive minha menina, meu marido me batia, me espancava, eu tive depressão pós parto. Durante a gestação! Ele me bateu quando eu tava grávida, me bateu quando eu tava de dieta. Aí eu tava vendo que eu tava ficando louca. Falei, ih, não tô normal! Não cuidava da minha filha, ali eu tava no fundo, não cuidava da minha filha, eu não cuidava de mim, eu não cuidava da minha casa, eu não fazia nada, eu não tinha condição de nada! Olha, eu lutei sozinha, não tinha ninguém pra... A psicóloga! Ela me ajudou bastante, porque aquele tempo ela era psicóloga da empresa do meu marido e me ajudou bastante, era psicóloga da empresa do meu marido né. Ela me ajudou muito, ela que fez o internamento pra mim. Fazia visitas, ela me ajudou, me acompanhou, ajudou minha filha, me ajudou, ela. Que nem vestuário pra minha menina não tinha, ela me deu, porque eu tava numa situação muito crítica, sabe? Assim de material tudo sabe. Uma vez eu encuquei que tava grávida de novo, não tinha seis meses, dizia: não, tô grávida. Ela fez exame pra mim, tudo. Mas era tudo psicológico, eu não tinha nada! Ponzava que a minha filha tava doente, dizia: não, minha filha tá doente! E eu era, era... Hoje eu vejo, nossa! Eu me superei!

Meu marido na verdade nunca me ajudou! Hoje sim, hoje eu vejo que ele me ajuda, ele não quer que eu pare com o tratamento, ele não quer que eu pare com o remédio, ele não acha que eu to gorda. Eu falo que tô gorda, tô feia, ele fala que não, que não tá. Hoje ele me ajuda. Naquela época não. Eu não entendia, eu sofri muito, sozinha! Na verdade não tinha família, não tinha ninguém. Não tinha amiga, a minha irmã não me ajudava, a minha irmã também tava passando por situação difícil né, então ela não podia me ajudar.

No Bom Retiro eu saí com alta médica. Eu vim, cuidei da minha filha, voltei a trabalhar. Os medicamentos eu tomo, é pra vida inteira. Saí do internamento com remédio, com receita médica, com psicólogo, tudo. Antes do Adalto Botelho eu não tomava medicamento, antes eu nunca tomei remédio! Eu nunca tomei antidepressivo, daí a partir do momento que eu entrei no Adalto, comecei a tomar. Aí tive outra crise, cada internamento era uma medicação. Cada internamento mudava a medicação. E diagnósticos, ah, eu tinha vários diagnósticos. Ah, vários, tem esquizofrenia, que é esse de perda de memória essas coisas. No Bom Retiro né, eles deram o diagnóstico de depressão pós parto e esquizofrenia.

Depois do Bom Retiro foi HJ né, HJ em União. Fiquei um mês e meio, ah, fiquei uns 7, 8 meses em casa. Ah, no HJ foi um tratamento super ruim. Era um tratamento assim que, tipo, nos outros, você conseguia melhorar, lá não, lá eu regredi! É aquela história, você tem que progredir ou regredir, e lá eu regredi! Porque lá era um lugar que não tinha, nos outros lugares tinham várias atividades, tinha dança, tinha crochê, tinha tricô, tinha pintura, tinha os

ateliê lá, as coisas né. Então você além de, tipo você ajudava, o melhor eu acho que foi o Bom Retiro, porque você ajudava na limpeza, na cozinha. Você não pode pensar em casa né, não pode pensar na família né. No tratamento você tem focar em você ali né, e muitos você pensa em casa né, ou no porquê que você tá ali né. E no HJ era assim né, você saia num patinho, era muito fechado, comida horrível! Rs. O pior foi no HJ e o São Camilo, esse último. Os dois... Ah eu não desejo isso pra ninguém isso aí, nem pro meu pior inimigo. No HJ minha filha tinha 6 pra 7 anos. Fiquei um mês e meio no HJ, no Bom retiro fiquei um mês e meio também. Foram uns 6 anos, por aí... Porque minha filha tava com 6 pra 7 anos, ela fez agora. Fez aniversário quando eu tava lá. Sai em agosto por aí, foi depois do aniversário dela, dia 13 de julho. Depois que eu sai de lá continuei aqui no centro de convivência do idoso. É aquele tempo né, aí eu ia na cidade, terminou né. Não muita atividade, pintura.

Quando eu voltei me receberam super bem, a família é, davam força. Visitavam mais ou menos, minha família não é muito de visitar! No Adalto foi minha irmã e meu marido só, no Bom Retiro foi meu marido só. No HJ foi minha irmã e minha cunhada, no São Camilo ninguém, que eu fiquei pouco tempo né... Não, meu marido foi lá, foi meu marido com a minha filha.

O São Camilo... Eu fui quando a fia tinha 11 pra 12 anos, não 12 pra 13 anos. E agora não quero nunca mais internamento, cuidar da minha filha e a tocar a vida né. Claro que não é fácil né. Que na verdade tem problema nas duas famílias, na família dele e na minha né. Ah, é muita briga, que a família dele é grande né, então ele tá com problema com a mãe dele, ele não vai visitar a mãe dele, e eu não vou desprezar né, a mãe dele é de idade tudo. Vou lá, e daí ela fica falando dele, que ele não vai lá. Na família dele ninguém faz tratamento, na minha tem. Tem minha irmã. Só que o meu irmão eu queria que fizesse tratamento também só que meu irmão não aceita. Porque o meu irmão é assim, ele também. Na verdade, da mãe, a mãe tem problema. Ele precisa de tratamento também. Ah, a minha mãe não é normal né, ela não conseguiu cuidar de nós né, quem cuidou de nós foi meu pai, depois que ele morreu, nós fomos pra casa dos outros, eu fui pra casa da minha madrinha, minha irmã foi pra casa da madrinha dela. Ela é uma pessoa que não consegue cuidar nem dela! A minha irmã que cuida dela, ela não come sozinha, se deixar ela fica sem tomar banho, fica assim... Ela não, as própria pessoa, não consegue se cuidar, não tem... É, não tem disposição. Não tem, como que eu podia dizer, ela não tem noção de se cuidar assim. Hoje em vista do que eu conheci ela, ela tá bem, mas ela meu Deus do céu, ih! Ela não teve depressão, não teve nada, ela já era assim, acho que de família. Meu pai conheceu ela já era assim. Então nós tipo herdemos um pouco

disso dela. E tipo a vida que a gente teve, e depois perdemos o pai tudo. Do pai, eu tinha 11 pra 12 anos, não, menos, meu irmão tinha 7 anos, eu tinha uns 10, por aí. Eu na verdade nasci em Santa Catarina, mas vim com 2 anos com o pai, minha irmã ficou lá e eu vim.

No São Camilo eu fiquei 18 dias, o São Camilo foi aquele troço, não tinha muita atividade né. Eu tive uma crise, eu tava assim, ultimamente sem comer, sem dormir, daí eu falei que eu queria me internar, por quê? Ah, porque eu não tô bem. Eu vi que não tava bem. Eu na verdade eu fui na assistência, daí tinha que sair vaga, triagem.

Eu nunca fui em CAPS. Aí, eu tinha que esperar a vaga, eu tava na cama. Só que nisso tudo eu penso assim que a minha menina diz, hoje eu sofro muito, porque ela diz que abandonei ela, hoje ela já entende né, hoje ela já sabe de todas as histórias, então ela diz assim que eu abandonei ela, então eu me culpo por isso. “Ah, a minha mãe abandonou eu, você me deixou quando eu era pequena”. E não era, eu não estava em condição de cuidar dela. Eu, hoje eu explico pra ela: não é que a mãe não quis cuidar de você, a mãe não abandonou, não deixou você sozinha, deixou você com o teu pai, com pessoas, nunca abandonei. Quem sabe se eu não tivesse tratado você não estaria nem aqui. Porque lá né, tinha mãe que matava as crianças. Que tinha lá uma depressão pós parto que foi tirado um nenezinho dela, ela jogava aquela boneca lá, andava com aquela boneca. Mas não se a mãe não tivesse cuidado, talvez não ia estar nem aqui, teria feito coisa pior. Isso lá no HJ. Até hoje, você nunca esquece a imagem das pessoas. Não! Ah não esquece né. Você lembra das amigas, lembro de tudo, das enfermeiras, tudo, se um dia eu passar por um lugar desse eu lembro, eu tenho boa memória. É, minha memória é super boa. A minha mãe tem uma memória muito boa! Esses tempos ela me fez lembrar de um acontecimento que eu tinha uns 4, 5 anos. Aí eu fui puxar, e lembrei, então ela lembra de coisas lá atrás. A minha irmã também lembra de coisas que eu fico admirada com a memória dela.

Depois do São Camilo, do diagnóstico na verdade aí eu nem sei o que eles deram, porque eram muitos né, a gente não tem contato com a ficha né. Você entra lá, eles te medicam, você não tem contato muito com o seu diagnóstico. Ficava curiosa. É que lá, você entra, tem a medicação, passa pela triagem, você tem a psicóloga, você nunca sabe o teu diagnóstico, você fica curiosa. Ah, sei lá, você fica meio assim de perguntar. Fica curiosa, melhor nem perguntar, saber o não é pra saber.

Ah, acho que as crises, o que causou foi mais a morte do meu pai e os problemas de família né. Tinha menos de 11 anos. Ah, muita coisa, espancamento do marido, coisa que você nunca imagina.

Ah, pra cuidar, muitas vezes você procura esquecer as coisas. Procurar... a família tem muito que ajudar, você não sai sozinho, com ajuda médica, com ajuda de psicólogo, de família... Você depende de você! Que nem hoje em dia eu percebi que a minha família não tenta me ajudar, eu procurei sair sozinha! Porque a minha irmã, às vezes a gente liga, procura pra desabafar, dizer que a gente se sente sozinha. Ih, ela não tem paciência, ela é estúpida, grossa. Ela tem problema, mas não desabafa, aí não tem como você conversar. E procurar ter amizade né, não se fechar naquele mundinho, procurar sair.

E tem coisa pra fazer aqui. Por exemplo ir em festa da comunidade, festa da igreja, muitas coisas, chá de bebê, aniversários, coisa que eu não ia né. Festa de família, Natal, Páscoa, distrai. E as caminhadas, me sinto muito bem.

O São Camilo foi o último! Ah partir de agora eu pretendo cada vez melhorar, só que tem que resolver de parar de engordar né, tem que conversar com o psiquiatra sobre a medicação, não sei fazer algum exame pra ver porque que eu tô engordando né. Porque eu mudei minha alimentação, tem muita coisa que eu não como, não tomo refrigerante, não como doce, não como massa e tô engordando! É só verdura, frutas, essas coisas. É esse riperona... É, Risperidona. Porque as outras medicações ele mudou. Mudou não faz muito tempo, uns 6 meses e a partir dessa medicação tô engordando muito, um quilo por mês. Até com exercício, alimentação, não é normal, acho que o tempo de medicamento que eu tomo mexeu com o metabolismo, alguma coisa né. Metabolismo, alguma coisa, algum medicamento mexeu com o metabolismo, porque quando eu tava grávida eu não cheguei nesse peso: cheguei a 67 quilos, a gora cheguei a 86 quilos, fora do normal! Pro médico não, não perguntei nada, só que já tava engordando, só que já falei, falei que eu to engordando com o remédio, que eu quero mudar, e ele falou que não podia, agora tem que conversar né. Que não podia, que ele muda a partir de um ano de medicação, muda e o organismo não se acostuma. Fica se adaptando. Que de dia eu não tomo mais, de dia eu me senti mal com a medicação, eu não pude tomar, que na verdade é um meio de manhã e um a noite. O de manhã eu não tomo, eu passava super mal, até nem comentei com ele. É só a noite que tomo, eu tomo uma noite sim e uma noite não, não é preciso, eu durmo bem. Porque o Risperidona é pra dormir. Pra dormir e calmante! Mas, dia sim e dia não. Ele receitou direto! Mas eu tomo dia sim e dia não. Na consulta, na verdade eu não falo, tava até conversando ali antes, que o médico não dá muito espaço, você entra e ele pergunta: tem crise? Eu falo né, vou falando, rs! Tô engordando, vou conversando, tô isso, tô aquilo.

Sobre o internamento, ah, em geral, eu acho que cada caso deveria ser separado. Que lá, tipo, que nem você entra num lugar que tem pessoas que deveriam tá ali, que não deveriam... Uns deveriam, outros não! Tem pessoas de idade, que nem eu via muito sofrimento das pessoas. Eu acho assim que cada caso deveria ser um internamento, cada caso deveria ser um tipo de internamento, que ali eles misturam pessoas que são super... hm.... Que você tem que se cuidar né. Pessoas de idade, que ajudava muito, pessoas super doentes e pessoas na boa, que não deviam tá ali! Tem que cuidar dessas pessoas mais agitadas né, de idade. Gerava medo, você não consegue dormir, você dormia, mas não era aquele sono! Por causa da medicação dormia.

Ajuda né, ajuda ali, porque na verdade você vê que: não, meu problema não é assim tão grave! Que ali você vê os problema dos outros e, nossa! Muitas vezes você pensa: eu tô fazendo tempestade no copo d'água! Que lá você vê problemas piores e pensa: nossa, você vai chegar num ponto desse? Porque lá você vê pessoas que chegava e pensava: nossa, você vai ficar igual a essa pessoa? Não, não posso ficar igual a essa pessoa. Pessoas novas, pessoas de idade. Será que a pessoa foi sempre daquele jeito? A gente fica pensando né, o que passou, como que... Daí você começa a conversar, começa a falar da vida dela, daí outros problemas né, então você vê que teu problema não é muito grave. Mas gerou sofrimento. Porque eu levava uma vida assim, vamos supor uma vida mais fácil, não era uma vida... E depois que eu casei mudou tudo! Espancamento? Nunca! Meu pai nunca me espancou.

Na verdade, quando eu sai do internamento foi encaminhado pra CAPS, mas pra mim é muito difícil ir lá no centro. A distância, pois se tivesse aqui eu acho que iria direto, se tivesse aqui o acompanhamento direto aqui, uma atividade né, eu faria. Dá uns 3, 5 quilômetros do centro e o CAPS não tem ônibus, não dão passagem. Não tem né, só de linha e só um trabalhando não é fácil né. E minha menina vai por aparelho, é dois mil e pouco, então não é fácil! Pagamos carro, não ganho mal, mas não dá. E eu sofro muito com isso, porque eu não trabalho, e aí joga na cara: você não ajuda, não ajuda na despesa. Porque eu entendo, não é fácil, hoje em dia os dois tem que trabalhar né. A gente não consegue emprego, fazer o que?! Eu pensei em fazer alguma coisa, salgadinho, bolo, pra sair vender né.

Ah, agora eu preocupo que a medicação tá difícil, às vezes eu vou tomar, mas eu penso: não vou engordar. E eu queria que ele me desse alta, mas ele não me dá. Meu marido diz: não, você tem que continuar, não pode parar. Mas eu engordando desse jeito, tá difícil! Porque tipo, tudo que eu vou comer, vou engordar. Mas eu sei que tenho que ficar bem, tenho uma filha adolescente, precisa muito de mim.

O que me preocupa é a medicação engordar! E a questão do trabalho né. E a família eu procuro levar na boa, mas a questão que mais me preocupa é não trabalhar, se eu tivesse um trabalho, trazia as coisas pra casa, ajudava nas despesas. É isso.

3.1.3 Unidade de Saúde da Família C:

A Unidade de Saúde da Família C compõe um território rural e é integrado por postos de apoio nos territórios mais distantes, possui um grupo de Saúde Mental na sede nas segundas feiras. As ACSs dessa unidade possuem vínculos mais efetivos em relação as famílias locais, oferecendo mais conhecimento dos casos; se mostram dispostas em relação as questões de saúde mental, e apresentaram queixa de uso excessivo de psicotrópicos e poucas atividades de convivência no território. A escolha da usuária junto a equipe foi feita a partir de uma conversa sobre a estratificação de saúde mental da unidade, na qual consideram desafiador o caso de uma usuária que, embora entendam que possui estabilidade no quadro clínico, apresenta muitas queixas para a equipe. Trata-se de uma equipe que apresentou maior curiosidade a respeito da pesquisa e que também expressou expectativas a respeito do benefício que a pesquisa propõe. O convite para a entrevista foi via ACS de referência da usuária, não ocorrendo devido a falta da mesma pois havia esquecido do convite. Dessa forma, foi realizada uma visita domiciliar junto com a ACS. Na visita, a usuária nos recebeu com uma justificativa de esquecimento a respeito das faltas no grupo de Saúde Mental na unidade, e buscamos esclarecer que o motivo de estarmos ali não era o de fazer busca ativa para o grupo, mas o de conhecer a sua história e convidá-la para a pesquisa. A entrevista ocorreu no espaço da unidade de saúde uma semana depois da visita. Depois da entrevista e de relatar a dificuldade em relação as consultas, a usuária passou a ser acompanhada pelo psiquiatra da rede municipal.

Chamaremos a usuária de Lete, que na mitologia grega diz respeito à um rio que leva ao esquecimento, a personagem mitológica preferia estar na melancolia, em um lugar em que os mortos não sofressem tormentos (GRAVES, 1990). Lete tem 37 anos, mora com o marido e os filhos a 18 quilômetros do centro da cidade, em uma área rural.

O percurso do rio Lete.

Meu nome é Lete, tenho 37 anos e moro em um território do interior, mais ou menos 18 quilômetros do centro do município pesquisado, junto com meu marido e meus filhos. Eu moro aqui desde os 11 anos.

Eu busquei acompanhamento em saúde mental quando eu percebi que tava muito doente, daí eu tava me tratando aqui com o, aquele que atende aqui no postinho, o clínico geral. Daí um dia ele não tava, daí um dia ele não tava, daí eu passei mal. Eles me levaram no pronto socorro, no pronto socorro daí eu fiquei lá em observação um tempo, daí voltei pra casa e fiquei quase na mesma. Aí nós pagamos consulta com outro doutor, também clínico geral, paguei duas consultas com ele, daí ele passou pro psiquiatra. Mas eu tava quase sem melhora né. Daí um dia meus irmão tavam preocupado, ligaram pra minha irmã de longe e contaram a minha situação, de como que eu tava, que tava correndo muito em médico e sem resultado, daí ela resolveu vim de lá de Ivaiporã aqui e me levou pra uma consulta lá, daí agora eu to me tratando desde outubro de 2016 lá.

Então, eu passei pelo postinho, e fui pro pronto socorro, lá só ficava em observação, e um dia eles falaram que eu não tinha nada, então pensei em pagar a consulta com o clínico geral, ele me deixou internada no hospital geral. Aí eu paguei mais uma consulta com ele e não tava adiantando, a médica lá de Ivaiporã disse que eles tavam só me dopando. Daí a médica mudou o medicamento, que não tava certo, aí agora eu tô com ela.

Há muito tempo eu percebi que tinha alguma coisa de diferente, eu me tratei um bom tempo de depressão antes. Tipo, toda vida eu fui meia doente, já tive problema de gastrite, tinha pedra nos rins, pressão alta também, que agora tá sempre boa. Não teve nenhum marco que eu tenha percebido sobre o sofrimento, foi devagar, aos poucos eu fui ficando desanimada, muita tristeza, assim, eu não tinha ânimo. Então falei, não tá certa a coisa né.

Quem buscou ajuda foi toda a minha família: meu marido, os filhos, minha irmã, que me ajudou muito né, me levou pra Ivaiporã 15 dias. Aceitei o tratamento logo de cara, porque precisava mesmo.

Eu soube desses lugares, porque eu sempre vinha no postinho, até se você ver minha ficha, você se assusta, é que eu sempre fui meia doentinha. Do postinho eu fui pro plantão, na emergência. E sabe como é plantão né, só deixam em observação, daí me mandaram embora e acabei não passando bem, ficava mais na cama só, eu sentia muitas dores de cabeça, tinha fortes dores de cabeça. Daí foi quando a gente buscou ajuda no clínico geral e ele passou pro psiquiatra. Me tratei um bom tempo com ele, tipo um ano e não senti melhoras. Aí que eu fui pra frente né, que a minha irmã me levou pra Ivaiporã no consultório da psiquiatra, ela disse

que eu tenho esfísio... ah eu não consigo, esquizofrenia. Quiseram me explicar o que era, mas eu não quis saber, porque eu não quis saber o que era, não tava bem, e não quis saber o que que essa doença podia causar. Não quis saber porque eu não tava nada bem e fiquei com medo, falei, será que eu vou morrer, rs! Eu fiquei com medo de saber, sabe?! As pessoas continuaram a me tratar do mesmo jeito, a mesma coisa, a médica falou sobre os cuidados que eu deveria de ter né, mas sempre tem preocupação, sempre tem. Nunca conheci ninguém que tem esse diagnóstico.

Eu sentia muita fraqueza, muita dor de cabeça né, fraqueza, dor de cabeça, não tinha ânimo, era só deitada, chorava muito, moleza nas pernas. Não sei se eu não fosse pra lá, não sei se eu estava existindo já!

Isso de o que causou o meu problema eu não posso dizer, não sei. Acho que pra ajudar eu enfrentar isso eu tenho que tá muito tranquila, não ter muita preocupação, mas a gente tem né, sempre tem, tem filho né, sai demais, tem tudo.

E tô pensando... não sei não vou parar o tratamento, porque é muito longe, daí eu tenho que levar acompanhante, porque eles não deixam ir sozinha né, gasto é bastante. A consulta é 300 reais e a viagem dá 600 e pouco, então é bastante. Fui a primeira consulta, aí foi a reconsulta, aí era preu ir em seis meses, fui em fevereiro e a médica pediu preu voltar em agosto. Tô pensando em parar de ir porque a distância é muita, leva o dia inteiro de ônibus pra viajar, é cansativo, além disso, dá bastante gasto. Ainda não falei da dificuldade pra médica, ela me deu atestado, se os peritos fossem bons, ajudavam a gente, porque dois meses eu recebi , os dois meses que eu fiz e passei, agora quando eu fui pra seis meses o perito negou, só que eles falaram que eu tinha o direito de recorrer né. Então agora eu vou marcar mais uma vez pra ver. Só que daí eles falaram que eu tinha que ter um atestado recente né, então a minha irmã ficou de conversar com a médica porque eles querem outro recente. Agora assim no caso, a médica poderia me mandar pelo correio, a minha irmã vai conversar com a médica e contar né, porque o atestado é até agosto que eu tenho, então tinha que valer o mesmo, mas eles negaram né. Não sei se um médico daqui me dava, sei lá, é difícil.

Sobre o internamento no hospital geral, pra mim não foi bom né, porque só fiquei em observação e porque daí eu tive que buscar mais recurso, eles não acertaram né. Já do internamento psiquiátrico eu não sei, nunca fiquei internada e não conheci ninguém, que eu saiba. Aqui davam menos medicamento que lá, lá é mais medicamento e eu não tenho nenhuma reação de medicamento.

Depois do tratamento com médica de Ivaiporã eu me senti um pouco melhor né, eu não podia lavar roupa, não podia fazer nada, depois que eu comecei a tratar com ela, já vi diferença, já comecei a dar conta da casa né. Não é todas horas, sempre eu não tenho ânimo, mas sempre eu já tô dando conta da casa.

Diferente tipo benzedeira, já fui várias vezes. Durante esse tempo que não tava boa, andava procurando, até dos crentes eu fui! Que eu sou católica né, que eu batizei né. Não ajudou não. Chazinho sempre, de erva cidreira, capim limão, bastante, não lembro muito de cabeça, bastante chá que os curador ensinavam, os curador daqui. A gente procura né, meu marido sempre me levou né, antes de começar a tratar.

Acho que é isso, da minha parte não tem mais nada não.

3.1.4 Unidade de Saúde da Família D:

A usuária a seguir foi indicada pela equipe da ESF D, que compõe um território urbano, possui equipe incompleta e não conta com nenhuma ACS no momento. Nossas principais referências na discussão dos casos foram as técnicas de enfermagem, as quais, dentro da equipe, acabam se envolvendo mais com a busca ativa e visitas no território. A escolha da usuária emergiu a partir da preocupação da equipe com o quanto essa usuária demanda atenção na unidade de saúde, sendo apontada como poliqueixosa. Ainda que ela não apresente nenhuma demanda clínica, ela sempre vai à unidade pedir atendimento médico ou apresentar alguma queixa física ou reclamação, bem como muito choro. O convite foi feito por meio de visita na casa da filha com quem a usuária reside. A conversa ocorreu na casa da usuária, ocorrendo alguns comentários da filha que estava lavando louças, a pedido da participante. Passos e Kastrup (2013) apontam que a cartografia prevê a vivacidade do acontecimento e a política da narratividade diz respeito a produção de um devir que acolhe o que é criado no processo.

Vamos chamar a usuária de Cócita, em alusão à Cócito, o rio das lamentações na mitologia grega, o qual era uma das alternativas para as almas sem moedas (GRAVES, 1990). Cócita é uma mulher de 58 anos que mora a 2 quadras de distância da unidade de saúde da família do território, mora com a filha, o genro e os dois netos.

O percurso de Cócita: cada rio tem sua forma

Meu nome é Cócita, tenho 58 anos. Eu não busquei ajuda, minha filha que buscou, isso já faz mais de ano. Quando eu era criança era briguenta porque muitos não queriam deixam eu brincar né, que eu me alembro é isso. Eu tenho seis irmãos, um faleceu há pouco tempo, esse que sofria ataque e era o mais novo, minha mãe e meu pai morreram, ele ficou sozinho e morreu na casa de repouso. Das mulheres eu sou a mais nova. Nós viemos de longe, meu pai veio viajando, viajando, puxando mudança, nós viemos de Santo Antônio da Platina. Meu pai era muito briguento sabe, brigava muito com a minha mãe, mas ela não tinha depressão, só esse meu irmão que morreu, esse tinha depressão. Na adolescência eu era saudável, aí larguei dos estudos para casar, mas não deu certo o casamento, aí eu fiquei arrumando marido, arrumando marido até que esse último largou de mim por uma mulher da zona e daí eu não arrumei mais, resolvi não arrumar mais marido porque não adianta né. Isso faz muitos anos, não dá nem para contar. Quando eu descobri que ele tinha outra mulher lá eu não quis mais, aí ele veio em casa e eu não deixei ele entrar e eu fiquei com depressão já nessa época, na separação desse último marido. Eu via as crianças passar fome, muitas vezes eu ia buscar serviço de diarista e ele ia lá xingar, ele ia lá xingar o meu patrão na época, dizia que o patrão estava interessado em mim e não tinha nada a ver, ele tinha mulher também né. Eu tinha três filhos.

Já faz muitos anos que eu recebo atendimento, eu estive internada em vários hospitais e sofria muito dentro desses lugares e eu sofro muito de lembrar, não gosto nem de lembrar... A primeira vez foi aqui mesmo no HJ, daí em outros, foram vários, a minha filha sabe os outros hospitais que eu fiquei. *Filha: “Hospitais que hoje são desativados, o Pinheiros e o Franco da Rocha que hoje é o São Camilo, o último foi aqui em Ponta Grossa. Primeiro no HJ, depois em Curitiba, depois Pinheiros, Franco da Rocha, Pinheiros de novo, Franco da Rocha foi outra vez, acho que no total acho que foram umas sete vezes...”* Antes de tudo, eu consultei com o psiquiatra daqui do município, o psiquiatra né filha? *Filha: “A primeira vez que a mãe foi internada? Não, eles levaram ela, foram até com carro de polícia, porque ela entrou lá na igreja e na igreja chamaram a polícia! A polícia que imobilizou ela, colocaram na ambulância e levaram no HJ, sem ter consultado nada, sabe? Eu era adolescente na época, essa primeira vez que ela foi internada foi em 1991. E essa época eu lembro porque nós estávamos lá na igreja e eu vi a polícia, a ambulância, levaram ela no HJ sem ela ter passado por médico!”* Minha separação acho que faz 1 ano, sabe quando foi filha? *Filha: “Foi em 2006”.* Eu sei que eu tenho trauma de hospital, porque o que eu sofri dentro lá, os loucos tentavam matar a gente, corria até embaixo das camas para não ser morta,

porque eu vi várias pessoas sendo mortas lá. De baterem eles assim na parede como se fosse um joguete! Como se fosse um nada a pessoa! Daí no outro dia eu já via sair a ambulância. Por postinho, psicólogo eu não passei, passei pelo psiquiatra do município só.

E a igreja eu fui batizada na congregação cristã né, desde que a minha filha era pequenininha. O pessoal da igreja não ajudou, ajudou a enfiar eu nesses lugares. Não recomendo o internamento para ninguém, fica pior. Quando eu saí do internamento minha filha foi me buscar, ela é quem mais corre comigo, eu dou graças a Deus de ter ela ainda né. Sobre buscar ajuda, eu não percebi nada de diferente em mim, quando eu vi o carro da polícia e da ambulância chegando. E eu ia obrigada nesses lugares, amarrada, porque eu já sabia o que eu ia passar. E ouvia voz, voz eu ouvia, mas eu tenho muito medo, tenho medo de ficar sozinha aqui. Nenhuma das vozes que eu ouvia era para o meu bem, ultimamente morando aqui na minha filha eu não tenho ouvido mais, acho que é porque a minha filha é muito crente, sempre tem oração aqui.

Quando eu vinha desses hospitais a minha filha me levava no psiquiatra do município para fazer o acompanhamento, tomei medicação durante anos, e depois de anos tomando esses remédios eu parei por conta, eu não sabia que não era para parar sabe. Eu parei por conta voltou o negócio né. Eu parava por causa do meu estômago, aquilo estava acabando comigo e agora eu voltei a tomar né: Carmabazepina, Captopril, Haldol, Biperideno e outros que a minha filha sabe o nome, eu não sei. O Haldol eu vou no postinho tomar, amanhã é dia e a minha filha não vai estar aqui, porque vai levar o menino dela em União da Vitória, aí eu não vou sozinha, eu fui uma vez, mas tem uma enfermeira que mora aqui na frente e ela aplica para gente em casa, a gente busca na farmácia e ela aplica. Eu tomo remédio todo dia e não está resolvendo, eu sinto aquela ansiedade, aquela angústia, uma aflição, não posso parar quieta em um lugar, eu tenho que sair. Acho que eu sinto isso por causa da depressão, lá atrás minha vida foi muito sofrida, sofria muito e ele deixava faltar tudo dentro de casa, quando eu ia trabalhar ele ia atrás xingar, e eu via as crianças sofrendo, passando necessidade e foi desencadeando esse negócio em mim. Ficava só em casa trancada, não queria sair para lugar nenhum, não queria nem ir na igreja uma época, agora que eu estou voltando a ir.

O segundo internamento foi logo em seguida ao primeiro, o terceiro eu não lembro o que aconteceu, mas o mais marcante foi Pinheiros em Curitiba, lá nos vivíamos muito trancados e os loucos ficavam tentando acabar com a gente. Por isso que quando falam de internamento para mim, eu fico apavorada! Nenhum foi bom, todos eu tive problemas. Agora eu queria que esses remédios dessem certo para mim, porque tudo que eu tomo não resolve,

fico inquieta, vou na casa das minhas amigas passear, mas ir todos os dias incomoda né. Vou muito na minha amiga no Mercado, a mãe dela que também está por aqui mas vai embora, então todos os que eu estou passeando vão embora e eu fico apavorada, dos lugares que eu vou eles estão indo todos embora. As amigas gostam de mim, sempre estou indo lá, a minha amiga está indo de novo para o sítio, outra amiga está indo para a praia daqui alguns dias, e eu vou ficando sem ter lugar para ir. Na igreja eu vou de vez em quando a minha filha me leva, no postinho eu vou às vezes, quando eu estou com algum problema. Antes eu ia no CAPS, mas eles não podem ficar pagando combustível para me levar toda semana, acabou que fiquei que não fui mais. O clube de mães aqui na vila eu não vou mais, eu ia na aula de pintura ali, mas eu não fui mais porque eu faço muito rápido e errado né, eu tenho até os panos ali, de uns tempos para cá eu tudo faço depressa, lá tem o tempo da aula, eu fico muito nervosa e faço rápido as coisas, fica feio. E sempre tem que estar comprando panos, não é sempre que tem dinheiro, elas dão quando é só para algumas que fazem para o clube de mães né. A professora retoca por cima, é uma pintura por dia e eu faço rápido e ali está indo muita gente, está lotando, tem lugar que não dá para sentar mais. No começo eu ia fazer oficina de biscuit no CAPS, mas eu não consigo, fico muito nervosa.

Mas o que eu tenho eles não falam sobre o que eu tenho na verdade, só falamos de remédio, né filha? Filha: “Eu posso responder ou tem que ser ela? Porque no papel desse último internamento contava que era para ela não andar mais sozinha, aí tinha que ir lá no juiz buscar a interdição dela, porque ela por si só abandona o tratamento, ela acha que está boa e para e vai perdendo o controle total. Aí volta as vozes que ela escuta, aquelas coisas que ela vê, aí o médico colocou lá bipolar, depressão, esquizofrenia, uma lista de coisas! Aí a princípio o juiz falou que o que nós queríamos era benefício, foi até grosseiro no dia da audiência, e aí eu falei pelo contrário, isso foi uma exigência do médico! Aí fizeram a entrevista com ela, disseram que ela não tinha nada, aí falaram que eles eram a autoridade ali e que ela não era obrigada a morar comigo. Aí um dia apareceu aqui a psicóloga do Fórum e a assistente social, nesse dia ela tinha acabado de sair do hospital, falou bastante coisa, aí depois disso eu fiquei com a tutela provisória dela até ser marcada a próxima audiência”. Aí eu deixei as folhas lá no CAPS, não chamaram para a perícia ainda.

Mas sobre mim é só da depressão né, que é o que eu sinto e que eu queria que isso terminasse. Os efeitos do internamento eu acho horrível, lá me davam um comprimidinho só por dia. Do meu tratamento que eu sei é que depois desse último internamento é o psiquiatra do município que está cuidando de mim né, desses remédios é ele que dá. Gostava do grupo

do CAPS quando era ali só falar, não gostava de ir na oficina, não gostava de fazer. Ouvir os outros eu gostava, porque eu tenho também o mesmo problema e eles falavam e eu gostava de ouvir, porque era tudo que eu estava sentindo. Acho que é isso...

3.1.5 Unidade de Saúde da Família E:

A usuária a seguir é moradora de um território rural coberto pela ESF E. Trata-se do território mais distante entre os casos escolhidos para a produção das narrativas. O território possui alguns postos de apoio, os quais possuem como referência a ACS de cada território para organização do cronograma de consultas médicas, encaminhamentos, campanhas e outras demandas. A indicação do caso foi devido a queixa da comunidade local, relatada pela ACS, devido ao quanto a usuária demanda atenção da comunidade. O relato é de que Hécate frequenta tanto o posto de apoio de seu território, quanto a Unidade de Saúde de referência com a queixa de estar grávida, mesmo os exames apresentando resultado contrário. Também demanda cuidados como medir a pressão e passar por consultas médicas. Sempre que descobre que um de seus vizinhos têm instrumentos para aferir a pressão, ela busca auxílio sem se importar com a hora, pedindo para que seja medida sua pressão várias vezes ao longo do dia (manhã, à tarde, a noite ou de madrugada). Outra queixa é quanto às suas visitas, independente do contexto e horário, que desconfortam a comunidade. O convite para a participação na pesquisa ocorreu quando a usuária estava na casa de uma vizinha. A entrevista ocorreu no posto de saúde de apoio do território.

Convencionamos chamar a usuária de Hécate, que na mitologia grega pode ser relacionada a tolerância com o que é diferente e que em grego significa “a distante”, representava também a esperança da regeneração (GRAVES, 1990). Hécate é uma mulher de 32 anos e é originária de um município vizinho, hoje mora com o atual marido. Na antiga cidade em que morava, Hécate deixou seu filho morando com o ex-marido.

A história de alguém que quer se aproximar.

Meu nome é Hécate, tenho 32 anos. E busquei ajuda porque eu não conseguia dormir né, na verdade eu procurei por causa de ansiedade né, procurei o CAPS lá, aí comecei a fazer as consultas. Eu comecei a não conseguir a dormir de agora, desses tempos pra cá né. Fazem

mais de seis meses que eu faço tratamento, não sei de quando, acho que adolescente, não sei né.

Eu sou lá de um bairro que pertence para um município vizinho, quando eu vim para cá eu tinha 32 anos, mas lá eu não fui médico, lá eu dormia bem, não chorava. Vejo sempre o pai e a mãe, somos em 10 irmãos, 4 meninas, sou a mais velha, o pai e a mãe são vivos. Minha vinda para cá foi boa, eu comecei a morar aqui que foi porque o padrinho do meu marido que me arrumou. Na verdade, eu não conhecia o meu marido, mas eu sabia que vinha para morar com ele, eu na verdade eu conheci ele e vim morar junto, porque nós gostamos um do outro né. O padrinho dele trouxe primeiro para conhecer, que nós sentamos para conversar primeiro né, se conhecer tudo né. Não tinha namorado antes. Conseguia dormir quando eu casei. O que me preocupou antes na verdade é porque eu não estava vendo meu piá né. Semana passada nesse tempo eu fui ver ele lá, fui sozinha porque não tem ninguém para ir junto. Ele está lá com meu ex-marido, me separei porque não deu certo. Na verdade eu queria pegar o piá, mas o pai dele não deixava, eu pensei em ir na justiça. Na época eu não entrei em depressão, mas quando eu saí de lá eu fiquei bem mal porque ele não deixou eu trazer o piá. Aí eu fui morar com o pai de novo, casei por primeiro com 19 anos e não deu certo porque ele é muito ruim né. Aí não deu certo. Meu piá está com 11 anos. Eu vim morar para cá com o meu marido com 31 anos e eu estou com 32. Faz 1 ano que eu estou em neste município. Fazem mais de seis semana que eu não consigo dormir. Com o psiquiatra do município eu não sei quem mandou nós irmos, porque primeiro era para ir lá conversar com a psicóloga né. Não sei quem que tinha mandado nós irmos. Aí eu fui com a minha sogra. Não sei se foi daqui do postinho que eles mandaram. Às vezes né. Aí eu fui no grupo da psicóloga no CAPS né. Participei acho que do grupo né. Primeiro eu contei para o meu sogro e para a sogra né, que eu não conseguia dormir. Na verdade que nem eu falei, nem de madrugada eu conseguia dormir. A sogra que buscou né, porque ela se preocupou comigo, viu que eu não estava bem. As coisas agora em casa eu estou conseguindo fazer, antes não. Na verdade quando me dá ansiedade, mas tem dia que me ataca bastante aí eu saio para fora para não ficar dentro de casa. Tem dia que não dá vontade de sair de casa. No município que eu morava antes eu não tinha ido no médico, não tinha ido no psicóloga. Primeiro um clínico geral que primeiro me encaminhou para o psiquiatra do município. Eu na verdade não sei o que eu me trato, um dos remédios que o psiquiatra local me deu é calmante, o outro é para ansiedade. O Clonazepam era para eu dormir, eu primeiro vou conversar com ele para ver se ele aumenta porque não está resolvendo. Agora eu estou tentando ir dormir perto das 22horas, 22:30 horas, um pouco

mais tarde para conseguir dormir. Assim para falar a verdade assim para você eu acho que devo participar mais do grupo né. Minha expectativa é melhorar né. Não sei o que é meu diagnóstico e nunca fui internada. Acho que o internamento depende muito do caso da pessoa. E assim de que precisou internar nunca ouvi falar de alguma pessoa né. Antes eu pensava que estava grávida porque na verdade eu tenho problema de cisto né.

Quando eu faço o serviço de casa do dia a dia, eu às vezes vou na casa de alguma vizinha, mas é bem rapidinho. Saio passear um pouquinho e daí volto né. Gosto de ir para tomar chimarrão, são conhecidas, são minhas amigas né. Na verdade, esses dias assim que eu não conseguia dormir né, nesses dias assim nesse calor que faz, aí eu comecei a sentir um ruim, não durmo a noite inteira. No município que eu morava antes eu vou de vez em quando, passei as festas em casa com o marido. Saio na minha cunhada passear né, vou direto na sogra. Um serviço na casa eu faço, faço o serviço em casa e aí saio com meu marido no serviço dele, porque daí eu vou ajudar ele né. Às vezes em casa a gente cansa né e tem que sair. Eu na verdade, falar bem a verdade, eu queria saber o que está acontecendo com a gente, porque tem noites que a gente deita e fica em claro assim né. O marido é bom para mim, me cuida. O ex-marido, bater ele não batia, mas ele era assim muito áspero, muito ruim né. Por telefone assim com meu piá eu até nem peguei assim para ligar, é mais quando ele assim liga para conversar né. Crochê eu não sei fazer, nem pintura, e pintura eu até gostaria de aprender. Quando eu vou no CAPS eu vou sozinha de ônibus, ele vem aqui, aí eu vou sozinha. Vou assim quando eu tenho interesse de ir para a cidade, vou para o grupo terapêutico, aí vou para fazer mais alguma coisa. Eu às vezes gosto de ir buscar muda de verdura, porque daí eu luto com a minha horta né. Aí domingo eu gosto de passar com meu marido né, a gente sai passear bastante né. Passear nas minhas cunhadas, aí tem algum amigo dele que ele vai às vezes né. Vamos de moto. Eu até essas coisas de artes lá no CAPS na quarta que tem ônibus aqui podia ter né, que seria bom eu ir. Porque a minha consulta deixa eu ver, acho que é agora em janeiro. Da minha história é isso.

4 DISCUSSÃO

Buscamos construir as linhas de análise principais e sublinhas a partir de conceitos operadores que atravessaram as narrativas produzidas pelos sujeitos e o percurso cartográfico. As linhas de análise principais apresentadas são: Redes e Itinerário Terapêutico; Sujeito; e Análise de Implicação.

4.1 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E A COMPOSIÇÃO DAS REDES.

A Reforma Psiquiátrica prevê uma reformulação da assistência em saúde mental e sugere uma rede composta pelos diferentes dispositivos de saúde. O caminho percorrido na busca de cuidado para o sofrimento psíquico grave nos dá pistas de como essa rede vem sendo construída. E o nosso principal elemento para pensar o itinerário terapêutico dos sujeitos diz respeito a experiência desse sujeito na rede. Nesse sentido, o itinerário terapêutico é a possibilidade de desenhar o percurso do sujeito na rede a partir de sua experiência de sofrimento psíquico. Vimos que Itinerário Terapêutico é um conceito da antropologia da saúde, proposto por Augé em 1984, visando estudar o percurso na busca de soluções para as questões de saúde; ou seja, o itinerário terapêutico visa analisar os elementos que atravessam a experiência de busca e as redes acessadas que formam a trajetória do sujeito, desde a busca de tratamento e cura, o diagnóstico, ao resultado (SILVA et. al., 2006).

Quando tomamos a ideia de que um ator compõe e produz a rede, retomamos o binômio ator-rede de Latour, entendendo que natureza e sociedade não estão separados e quanto mais o sujeito estiver conectado com outros elementos do nosso coletivo, mais independente ele será; e os elementos subjetivadores estão distribuídos por toda parte e não ficam esperando alguém ou alguma situação para acessá-los (GONZALES e BAUM, 2013). Isso torna desafiadora a ação de cartografar, porque ela ocorre nos fragmentos de uma rede que circula o tempo todo. Ainda que a rede em saúde esteja amparada em uma política e que seja previsto um fluxo a partir dos níveis de complexidade, quando tomamos a experiência de um caso disparador, o ator-rede passa a *induzir outras entidades a fazerem coisas, através de translações e deslocamentos* (GONZALES e BAUM, 2013, p. 157). Veiga, Incrocci e Mello (2016) apontam, a partir de Latour, a ilusão de captura de todo o percurso do sujeito, trata-se novamente de fragmentos. O que se busca são as complexidades da rede, apontando que a

configuração de uma rede pode mudar a todo instante, fazendo com que representar a rede ou um percurso nela de forma estática seja um desafio.

Ainda que um percurso esteja repleto de complexidades, buscamos estabelecer um ponto de partida para percorrer os itinerários dos sujeitos participantes da pesquisa. Devido ao papel que a Atenção Básica possui sobre o território e a forma que vem tomando na rede de atenção psicossocial no cuidado descentralizado, buscamos a partir de cada estratégia de saúde da família, um caso para contemplar nossa discussão. O município em questão possui cinco ESF, três delas são localizadas em área urbana e duas em área rural. Nosso principal ponto de acesso à equipe foram as agentes comunitárias de saúde.

Pensando o papel da equipe na escolha dos usuários bem como na promoção de cuidado dos usuários; e no papel da pesquisadora enquanto técnica da rede de saúde; trazemos aspectos que Azevedo (2015) procurou mostrar a partir do mapa dos afetos, em que a aprendizagem dos afetos apresentada por Spinoza e o agir e viver juntos em rede de Fernand Deligny são fundamentais no trabalho dos profissionais de saúde junto aos usuários, no sentido de que esta rede se constitui além de serviços de saúde, também de profissionais implicados nessa relação com a rede e o usuário. Trabalhar no campo da saúde implica conhecer e cuidar os modos de existência dentro de um contexto de transformações políticas, históricas e econômicas, o que leva a necessidade de mapear maneiras de adoecimento e produção de saúde; e o profissional de saúde sofre o impacto dessas mudanças ao mesmo tempo em que precisa estar sensível a forma como isso chega ao usuário. A respeito dos afetos que atravessam esse encontro do profissional como o usuário entende-se que *cada indivíduo tem uma grande capacidade de ser afetado por outros indivíduos, ao mesmo tempo em que os afeta* (AZEVEDO, 2015). Os encontros levam os sujeitos a encontrarem a própria potência em si mesmos; e o leque de atuação de um profissional e de um serviço, os modos como esse permite a diversidade de existência, é o que oferece elementos para os percursos de cuidado acontecerem.

Tomada a complexidade da relação profissional, serviço e usuário e entendendo que, devido as múltiplas possibilidades de relações na rede, visamos apontar fragmentos da rede em cada percurso narrado, dos encontros com os serviços ou com as pessoas que compõe a rede, costurando elementos que serão norteadores da nossa discussão.

4.1.1 Internações psiquiátricas e a persistência do modelo asilar

Em relação as situações de internamento psiquiátrico dos sujeitos da pesquisa, Eco passou por uma internação psiquiátrica; Amazona foi internada quatro vezes em instituições psiquiátricas, enquanto Cócita relata sete experiências em instituições psiquiátricas; e Lete e Hécate nenhuma experiência de internação.

Dois aspectos merecem destaque em relação ao fenômeno da internação. Primeiramente, o fato delas serem recorrentes em alguns casos, levando-nos a discutir o papel da internação no cuidado em saúde mental e o fenômeno da porta-giratória. Em segundo lugar, chama a atenção o fato das experiências de internação ocorrerem em hospitais psiquiátricos – em detrimento de outros dispositivos como os hospitais gerais ou leitos em CAPS III.

A Lei nº10.216, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, considerando três tipos de internação: internação voluntária, que se dá com o consentimento do usuário; internação involuntária, que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e internação compulsória, que é determinada pela Justiça. A internação é considerada um recurso estratégico nos momentos em que os usuários estão fragilizados e apresentam a possibilidade de colocar a si e outras pessoas em risco; e é indicado quando os recursos extra-hospitalares não são suficientes (ZANARDO et. al., 2017). Nesse sentido é fundamental que os demais pontos da RAPS, que visam a atenção psicossocial, estejam articulados. Podemos apontar que os leitos em hospitais gerais que oferecem internações de curta duração são estratégicos para o manejo de situações de crises (BRASIL/MS, 2015).

Zanardo et. al. (2017) apontam o fenômeno da porta giratória como repetidas e frequentes reinternações psiquiátricas de um mesmo paciente. Santos (2007), ao discutir o fenômeno da porta giratória ou “revolving door”, aponta que apesar de ocorrer uma diminuição dos leitos psiquiátricos, há um aumento na reincidência de internações. A autora (SANTOS, 2007) entende que o índice de reinternações é um parâmetro para avaliar a qualidade de serviços e pensar a assistência em saúde mental. E compõe o desafio da efetivação teórico-prática da assistência em saúde mental a partir da proposta das políticas de assistência em saúde mental e princípios da Reforma Psiquiátrica (RAMOS, GUIMARÃES e ENDERS, 2011).

Ramos, Guimarães e Enders (2011) apontam em seus estudos que as reinternações frequentes de indivíduos com sofrimento psíquico possui dimensões, atreladas à: contexto imediato, que diz respeito a porta giratória da psiquiatria; contexto específico, relacionada a desarticulação da rede de atenção em saúde mental; contexto geral, relacionada a loucura no imaginário social em que o hospital emerge como espaço de cura; e contexto metacontextual, que direciona para os paradigmas em saúde mental. Os quais são interativos entre si.

O contexto específico de desarticulação da rede remete a discussão de uma rede múltipla, que dê conta de um sujeito complexo e que trabalhe de forma articulada, e como uma possibilidade de ampliação da autonomia do sujeito. Ramos, Guimarães e Enders (2011) apontam nesse sentido a importância da intersetorialidade da rede da produção de cuidado desse sujeito. No contexto geral da loucura no imaginário social, retomamos as questões históricas relacionadas ao modo de compreender a loucura e o desvio da norma, relacionada as possibilidades de estigmatização dos sujeitos nos seus contextos de vida, seja junto aos familiares, profissionais de saúde e comunidade em geral. E ainda o metacontexto que visa pensar o saber/fazer psiquiátrico, atribuindo aos paradigmas em saúde mental como geradores de modelos de cuidado. Entendendo que a Reforma Psiquiátrica é um processo, e que coexiste com outras ideologias e modelos conceituais voltados para a doença mental e cura. Ramos, Guimarães e Enders (2011) apontam que o arcabouço teórico da psiquiatria clássica coexiste com a proposta de atenção substitutiva e pautada no território. Nesse sentido além da importância de analisar o imaginário e os paradigmas que permeiam as redes junto à comunidade, seja com a família ou profissionais de saúde, também é importante pensar o impacto da efetivação da rede substitutiva nas internações e no fenômeno da porta giratória.

Observamos que Eco teve uma internação psiquiátrica, depois de uma tentativa de suicídio e considera uma experiência negativa: *Meu internamento foi horrível! A comida eu não gostava, era ruim, ficava com todas as pessoas num pátio enorme, de todos os tipos, de todas as doenças, brigando e só iam lá quando estavam se matando* (narrativa de Eco). E não deseja essa experiência para mais ninguém: *Porque é horrível o internamento lá, não gostei e não indicaria aquele lugar pra ninguém. Não lembro o nome do lugar e quero até esquecer daquele hospital em Curitiba. Foi um internamento e eu saí por livre e espontânea vontade* (narrativa de Eco). Eco também expressa o medo da internação ao entregar uma carta no início da entrevista justificando o porquê ele não deve ser internado, representando um medo em relação a essa possibilidade.

Amazona relata quatro internações em seu percurso, no Adauto Botelho em Pinhais, região metropolitana de Curitiba, no Bom Retiro em Curitiba, no HJ em União da Vitória e no São Camilo em Ponta Grossa. A primeira experiência foi depois de uma tentativa de suicídio e mesmo ela recorrendo a outros pontos da rede como o serviço de assistência social de saúde do município e a USF de referência, a usuária foi encaminhada para a internação, remetendo ao manejo não ter ocorrido em outros pontos da rede como hospital geral. Sua primeira internação durou 18 dias e foi marcada pela intervenção do irmão que assinou alta a pedido: *Ele achava assim que: não, já viu minha irmã num lugar desse. Ah, não sei, ele achava que não era lugar de tratamento pra mim né. Ele queria uma coisa melhor né. Só que eu passei por outros bem piores* (narrativa de Amazona). Depois ela foi para o Bom Retiro, o marido a espancava, aspecto que Amazona acredita que contribuiu para seu quadro de depressão pós-parto. A usuária não relata intervenção da rede socioassistencial em relação a situação de violência vivida. E relata uma nova posição com a rede depois que saiu da segunda internação, remetendo a uma maior articulação da rede comparada a primeira internação: *No Bom Retiro eu saí com alta médica. (...) Saí do internamento com remédio, com receita médica, com psicólogo, tudo* (narrativa de Amazona). Amazona relata um curto espaço de tempo entre a segunda e a terceira experiência: *Depois do Bom Retiro foi HJ né, HJ em União. Fiquei um mês e meio, ah, fiquei uns 7, 8 meses em casa* (narrativa de Amazona). Aspecto que caracteriza o fenômeno da porta giratória e faz pensar o porquê que outros pontos da rede não foram suficientes para dar conta de sua outra situação de crise. A usuária entende sua terceira experiência de forma negativa: *Ah, no HJ foi um tratamento super ruim. (...) Porque lá era um lugar que não tinha, nos outros lugares tinham várias atividades, tinha dança, tinha crochê, tinha tricô, tinha pintura, tinha os ateliê lá, as coisas né* (narrativa de Amazona). A usuária aponta que sua terapêutica no período de internação foi mais resolutiva quando a instituição ofertava mais atividades: *o melhor eu acho que foi o Bom Retiro, porque você ajudava na limpeza, na cozinha* (narrativa de Amazona). E apesar de não ter gostado da terceira experiência, a quarta foi a que a marcou de forma mais negativa: *O pior foi no HJ e o São Camilo, esse último. (...) Não tem muita atividade, pintura* (narrativa de Amazona). O discurso da usuária ressalta como um fator qualidade nas internações a oferta de atividades para os usuários, bem como aponta a visita da família como um aspecto marcante nas experiências: *No Adalto foi minha irmã e meu marido só, no Bom Retiro foi meu marido só. No HJ foi minha irmã e minha cunhada, no São Camilo ninguém, que eu fiquei pouco tempo*

né (narrativa de Amazona). Amazona aponta a internação psiquiátrica como uma experiência que ela espera nunca mais precise ser vivenciada novamente.

O histórico de internações de Amazona a partir de sua experiência nos convoca a pensar os três contextos de Ramos, Guimarães e Enders (2011), pois o contexto específico relacionado a desarticulação da rede, emergiu nas situações de alta da usuária em que ela não entende estar acompanhada pelos dispositivos de base comunitária, bem como a recorrência de situações de violência do marido contra ela, em que não houve relato de intervenção da rede intersetorial. Bem como o contexto geral, relacionado ao estigma da família em relação ao tratamento de sofrimento psíquico. E ainda o metacontexto quando pensamos que o saber/fazer psiquiátrico perpassa os modelos de terapias ofertados pelos internamentos, ora com mais medicamentos, ora com mais atividades de produção da criatividade.

Cócita teve sua primeira experiência de internação psiquiátrica em 1991 mediada pela Igreja, segundo a intervenção do discurso da filha: *eles levaram ela, foram até com carro de polícia, porque ela entrou lá na igreja e na igreja chamaram a polícia! A polícia que imobilizou ela, colocaram na ambulância e levaram no HJ, sem ter consultado nada, sabe?* (filha de Cócita, narrativa de Cócita). A filha complementa: *Eu era adolescente na época, essa primeira vez que ela foi internada foi em 1991. E essa época eu lembro porque nós estávamos lá na igreja e eu vi a polícia, a ambulância, levaram ela no HJ sem ela ter passado por médico!* (filha de Cócita, narrativa de Cócita). A experiência relatada na narrativa de Cócita direciona sua primeira internação como uma ação disciplinadora por sua conduta de incômodo a uma ordem. E quem mediou essa ação foi a igreja, instituição historicamente também responsável por conter os excessos na sociedade (GOFFMAN, 2001). Apontamos aqui, o sujeito do desvio, que destoa com a norma social de uma sociedade que busca esconder as contradições da sociedade por meio de aparatos que aprisionam o sujeito que desvia a norma (BASÁGLIA, 2005). Podemos ressaltar nesse sentido o contexto geral de Ramos, Guimarães e Enders (2011), em que a ideia de cura, no sentido de normatizar o sujeito, perpassa o imaginário social e impacta nos modos de agir do e com o sujeito. O percurso de Cócita também é caracterizado pelo fenômeno da porta giratória em que: *O segundo internamento foi logo em seguida ao primeiro, o terceiro eu não lembro o que aconteceu* (narrativa de Cócita). Foi apontado que alguns dos hospitais em que ela esteve internada hoje estão desativados ou mudaram de gestão e de nome. A filha de Cócita conta que: *Primeiro no HJ, depois em Curitiba, depois Pinheiros, Franco da Rocha, Pinheiros de novo, Franco da Rocha foi outra vez, acho que no total acho que foram umas sete vezes...*

(filha de Cócita – narrativa de Cócita). Cócita relata a internação psiquiátrica como uma experiência negativa: *Eu sei que eu tenho trauma de hospital, porque o que eu sofri dentro lá, os loucos tentavam matar a gente, corria até embaixo das camas para não ser morta, porque eu vi várias pessoas sendo mortas lá* (narrativa de Cócita). E direciona suas internações sempre como experiências involuntárias: *E eu ia obrigada nesses lugares, amarrada, porque eu já sabia o que eu ia passar* (narrativa de Cócita). Complementa: *Nenhum foi bom, todos eu tive problemas* (narrativa de Cócita). As experiências de Eco, Amazona e Cócita denunciam marcas negativas da internação psiquiátrica.

A experiência de Lete e de Hécate não apresentam marcas da internação psiquiátrica, Lete teve sua situação de crise mediada por consultas médicas, observação em hospital geral e consultas ambulatoriais de psiquiatria. Bem como não é apresentada a experiência de internação na narrativa de Hécate.

A atenção em saúde mental deve ser prevista na base comunitária, e na medida em que observamos que as internações ocorrem em nível intermunicipal, torna-se menos acessível a rede familiar do sujeito, sendo apontado no relato de Amazona como um aspecto importante do tratamento a visita de familiares. As experiências nos chamam a atenção no sentido de que apesar da proposta de mudança de paradigma no cuidado da pessoa com sofrimento psíquico grave, a internação e a reinternação é recorrente, e às vezes centrais, nos percursos trilhados. Considerando que uma internação pode ocorrer também em hospitais gerais ou leitos de CAPS III, ressaltamos que nos percursos apresentados a internação em hospitais psiquiátricos são predominantes. O dispositivo de internação e os leitos em instituições psiquiátricas fazem parte da rede de cuidado em saúde mental, mas pudemos observar que vem sendo acessada antes de outras alternativas de cuidado da rede.

A Reforma Psiquiátrica no Paraná possui uma história de avanços e retrocessos, seus efeitos podem ser analisados no cotidiano das redes. Wadi (2007) aponta que, apesar do desenvolvimento da assistência psiquiátrica no contexto paranaense ter sido tardia, comparada aos outros estados que fundaram hospitais psiquiátricos no século XIX, igualou-se aos demais com o período de emergência dos hospitais psiquiátricos privados no período de contratações dos serviços privados no SUS – dificultando o desenvolvimento do tratamento ambulatorial. Nesse contexto, o Paraná carrega uma bagagem histórica que exige atenção, em 2014 o Ministério da Saúde registrou que ainda existiam 167 hospitais psiquiátricos no Brasil, tendo o Paraná 2.273 leitos SUS em hospital psiquiátrico, número expressivo que caracterizou o estado como o 3º maior parque manicomial do país (BRASIL/MS, 2015). A partir dos

conceitos de Ramos, Guimarães e Enders (2011) a respeito dos contextos (imediate, específico, geral e metacontextual), podemos observar que o modelo tradicional de cura e hospitalocêntrico, ainda perpassa o imaginário dos familiares e profissionais, impactando nas práticas em saúde mental. Bem como que há falhas na relação com a rede substitutiva e intersetorial, tornando necessário pensar como vem sendo o acesso aos serviços de saúde mental de base comunitário como os CAPSs. Entre os itinerários percorridos na pesquisa em território paranaense, o estado ainda precisa fortalecer a rede psicossocial descentralizada do modelo asilar.

4.1.2 O papel do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Zanardo et. al. (2017) ao estudarem o acompanhamento da RAPS nas situações de internações e reinternações psiquiátricas apontam o hospital como ponto estratégico para articular a rede para o cuidado de usuários que passam por essa experiência. Podemos observar a ação de orientação do hospital na experiência de Eco em 2010: *Depois do internamento fui orientado pelo hospital a ir no CAPS, mas não fui* (narrativa de Eco). O que remete a importância de analisar as barreiras de acesso na rede, não cabendo apenas ofertar o serviço, mas acolher o que o usuário entende a respeito do serviço e como acolher esse sujeito no serviço. Mais tarde, em 2014, anos depois da sua experiência de internamento, Eco tentou suicídio novamente e foi levado ao Pronto Atendimento e encaminhado ao CAPS: *Aí fui para o CAPS, fui em um grupo e comecei a me consultar com o psiquiatra* (narrativa de Eco). Experiência a qual podemos apontar como manejo de atenção à situação de crise na rede sem o uso da internação psiquiátrica. Eco relata que parou de frequentar o CAPS e que retornou depois de um tempo, conforme as premonições que sentiu, e segue frequentando as atividades expressando a dimensão do afeto no vínculo com a equipe do serviço: *tenho ela (enfermeira) e vocês (equipe do CAPS) como irmãs. (...) E faz mais ou menos um ano que eu voltei a frequentar os grupos e os atendimentos no CAPS. Eu faço os artesanatos, tapetes, cachecol, mandalas de fio, essas coisas* (narrativa de Eco).

Cócita, que apresentou o relato de ter passado por sete experiências de internamentos, aponta pouca articulação da rede na atenção multidisciplinar: *Por postinho, psicólogo eu não passei, passei pelo psiquiatra do município só* (narrativa de Cócita). Mas que já teve acesso às atividades de convivência na comunidade como pintura no Clube de Mães e aos atendimentos do CAPS: *Gostava do grupo do CAPS quando era ali só falar, não*

gostava de ir na oficina, não gostava de fazer. Ouvir os outros eu gostava, porque eu tenho também o mesmo problema e eles falavam e eu gostava de ouvir, porque era tudo que eu estava sentindo (narrativa de Cócita).

Lete não relatou relação com o CAPS, enquanto Hécate ressalta gostar das oficinas, mas apresenta questões de barreira de acesso relacionadas à distância e ao transporte: eu até essas coisas de artes lá no CAPS na quarta que tem ônibus aqui podia ter né, que seria bom eu ir (narrativa de Hécate). Barreira também apresentada por Amazona: *Na verdade, quando eu saí do internamento foi encaminhado pra CAPS, mas pra mim é muito difícil ir lá no centro* (narrativa de Amazona). Amazona, assim como Eco, também foi orientada a buscar o CAPS via a situação de internamento, remetendo a uma possibilidade de articulação da rede.

Com a mudança de modelo na assistência em saúde mental, o cuidado foi redirecionado para os mecanismos extra-hospitalares com a intenção de diminuir o número de internações (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2011, p. 418). No entanto, apesar de experiências de atenção à crise na rede psicossocial na experiência de Eco e Lete, observamos nos itinerários - principalmente nas histórias de Amazona com quatro internações e Cócita com sete internações - a persistência do mecanismo de internação psiquiátrica sem a atenção da RAPS antes ou depois da internação. Chama a atenção, nesses casos, que a assistência é disparada apenas nos momentos de crise, tendo como resposta a internação. O momento pós-crise acaba sendo desassistido, dificultando a prevenção às novas crises. Bezerra e Dimenstein (2011) apontam a alta-assistida como uma ferramenta potente para evitar a reinternação, visando trabalhar também com a família do sujeito e o fortalecimento de sua rede no território. Outro aspecto importante para pensar atenção psicossocial diz respeito à interdependência das estratégias, *não só sanitárias, mas de suporte social, de moradia, de geração de renda, de potencialização das associações, dos recursos comunitários, etc.* (DIMENSTEIN e LIBERATO, 2009, p. 13). No sentido de ampliar as ações em uma perspectiva interdisciplinar, pois o sofrimento psíquico está relacionado à outras contradições da sociedade que dizem respeito a violência e desigualdades (BASÁGLIA, 2005).

4.1.3 Saúde Mental na Atenção Básica

A política de atenção básica direciona as ações do setor para viabilizar o primeiro acesso das pessoas ao SUS, desenvolvendo ações no âmbito individual e coletivo no território para possibilitar a aproximação dos profissionais com o contexto de vida das pessoas. O SUS

prevê uma visão integral sobre os sujeitos e entendemos que a saúde mental é parte da saúde como um todo e não se trata de algo à parte. A saúde mental é considerada sob a perspectiva da co-responsabilidade de toda a rede, sendo a atenção básica constituída como porta de entrada do SUS (BRASIL, 2013), o que possibilitou que a tomássemos como ponto de partida da nossa busca dos participantes da pesquisa.

A mobilização e lutas no campo da saúde mental no país, buscou a mudança de um modelo centrado no hospital psiquiátrico por um modelo em rede, colocando o desafio de *criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade* (BRASIL, 2013, p. 21). Isso implica um movimento na sociedade de ter que lidar com a diversidade e, como vimos, a produção de um modelo normativo tem funções no controle dos modos de vida. Podendo ser entendido também como um modelo contra-hegemônico de produção de vida em alguns aspectos. O Agente Comunitário de Saúde – ACS é o principal elo da equipe com a comunidade, e além de suas atribuições de ações de integração da equipe com a comunidade, trabalhar com as famílias com base geográfica (microáreas), manter os cadastros das famílias atualizados (JUNQUEIRA, 2014), está o desafio de promover a autonomia dos sujeitos com sofrimento psíquico grave de forma criativa, de ouvir o sujeito e respeitá-lo na sua diferença.

Buscamos conversar com as equipes pautados nessa lógica de cuidado, e ao chegar nas equipes observamos que nenhuma das ESF estão com equipes completas, o que leva ao desafio do profissional de ter que dar conta de uma gama de ações da atenção básica. Das cinco ESF, uma não possui ACS disponível para o acesso na comunidade. Devido à falta de ACS no território, algumas visitas, buscas e acompanhamento são feitas pelas técnicas de enfermagem, as quais utilizam recursos como grupos de Whatsapp e mensagens de celular para contato e acompanhamento dos usuários. Na ESF A, B, C e E, as profissionais que nos auxiliaram no reconhecimento do território e discussão dos casos dos usuários foram principalmente as ACS, exceto a ESF D que foi apresentada pelas técnicas de enfermagem.

Ressaltamos que três das cinco USF, a USF B, a USF D e a USF E, os casos foram indicados devido à busca constante das usuárias às unidades de saúde. Amazona, usuária da USF B foi apontada como uma usuária que sempre busca a unidade relatando suas angústias a respeito da relação com o seu aumento de peso e a medicação psicotrópica, buscando a equipe para investigar demandas hormonais na questão do peso, bem como relatar conflitos familiares. Cócita, que mora a duas quadras de distância da USF D, foi apontada como uma usuária políquelixosa, que sempre vai na unidade buscar ajuda por alguma dor, preocupação,

conflito com as amigas e pedido de medicação. Enquanto Hécate, da USF E, sempre vai à unidade com queixas relacionadas ao sistema reprodutor, afirmando com frequência gravidez. Nas primeiras vezes em que Hécate relatou as dúvidas em relação a gravidez, a equipe investigou o caso, ofertou exames e procedimentos relacionados, mas a queixa persistiu e a equipe localizou a necessidade constante de esclarecimentos em relação ao processo de gestação, relacionando a questão às demandas mais psíquicas do que clínicas-fisiológicas. Outra questão que emergiu no território foi a queixa dos outros moradores do território de que Hécate sempre estava na casa deles, e que as visitas não tinham distinção de horário ou dia, gerando incômodo ao bem-estar de outros moradores. O excesso de queixas de Hécate e relacionadas à Hécate levou a equipe encaminhá-la ao CAPS.

A Coordenação de Saúde Mental traz uma circular a respeito da saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2003), preconizando que, para que haja resolutividade na proposta dos serviços substitutivos da atenção psicossocial, os aspectos do sofrimento psíquico menos grave devem ser de atendidos na atenção básica. *A realidade das equipes de atenção básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”* (BRASIL, 2003, p. 03). E que, ainda que exista um componente subjetivo em todas as doenças, os casos de sofrimento psíquico grave tornam central a necessidade de ferramentas para ações de saúde mental, como a escuta, o vínculo e o acolhimento. O acolhimento pode ser entendido como uma postura dos profissionais, como uma técnica para organização dos procedimentos, e como um projeto institucional (BARBOSA et. al., 2003). O Caderno de Atenção Básica nº34 (BRASIL, 2013) discute a potência do acolhimento na unidade de saúde, apontando como um espaço de escuta do usuário. O acolhimento nos dispositivos de saúde diz respeito à construção de uma relação de confiança com o usuário. *O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.* (BRASIL, 2010, p. 06). E envolve uma dimensão ética, estética e política do SUS, porque além de acolher o outro na diferença, traz a dimensão do encontro e da complexidade da vida nesse encontro; abrangendo também um compromisso de potencializar o encontro da diferença em uma dimensão coletiva. E que além de auxiliar o usuário com suas angústias e dúvidas, também auxilia o profissional no conhecimento das demandas do seu território. Feuerwerker (2014) vai nos apontar que é no espaço do trabalho vivo em ato que os trabalhadores reinventam no cotidiano

as ações de saúde, em uma relação intersubjetiva do trabalhador com o usuário, construindo linhas de liberdade.

Amazona, ao buscar a USF, expressa a ação da política em saúde de cuidado continuado em rede, e viabiliza uma discussão do caso da USF junto às consultas psiquiátricas que a usuária realiza. Uma relação de apoio matricial entre um serviço de referência poderia auxiliar nas questões relacionadas à preocupação de aumento de peso devido a medicação da usuária. Isso se entendermos que a busca por atendimentos da usuária está relacionada à preocupação com o aumento de peso devido ao uso da medicação, cabendo também uma escuta aberta as múltiplas possibilidades. Nesse caso, a principal demanda de Amazona não é o espectro do transtorno mental, trazendo a preocupação da usuária para o efeito indesejado (engordar) da medicação, sendo maior que o desejo do efeito desejado (controle do sintoma). Nesse sentido há uma discussão a respeito da gestão compartilhada da medicação, em que a escuta é fundamental para compreender o a dimensão viva do tratamento medicamentoso. Santos (2014) contorna a diferença do efeito terapêutico em que se espera que aconteça algo que vai ajudar e o efeito indesejável ou efeito colateral, que é uma consequência negativa de tomar o medicamento – no caso, engordar. Podemos citar aqui a estratégia do Guia de Gestão Autônoma de Medicação – GGAM (2014), um instrumento voltado para pessoas com sofrimento psíquico que queiram pensar sua relação com o uso da medicação psiquiátrica, auxiliando no reconhecimento das necessidades dos sujeitos.

Nesse caso, a principal demanda de Amazona não é o espectro do transtorno mental, trazendo a preocupação da usuária para o efeito indesejado (engordar) da medicação, sendo maior que o desejo do efeito desejado (controle do sintoma).

Já Cócita e Hécate remetem novamente a necessidade do acolhimento das angústias dos sujeitos e nos convidam a pensar o que está latente nas queixas e preocupações circulares apresentadas. Cócita é apresentada pela equipe como poliqueixosa, mora a duas quadras de distância da USF, fazendo com que a unidade seja referência geográfica da região da sua casa. A distância geográfica não necessariamente define a frequência da usuária na unidade, mas facilita. Cócita narra que circula pela comunidade para conversar com as amigas, assim como Hécate gosta de frequentar a casa das vizinhas e demais atores da comunidade. A produção de autonomia dos sujeitos com sofrimento psíquico diz respeito as múltiplas possibilidades que eles encontram na comunidade, podendo a unidade de saúde ou vizinhos estarem mais ou menos implicados nessa relação. Goffman (1988) vai discutir a relação dos sujeitos considerados normais junto aos sujeitos estigmatizados a partir da ideia de contato misto,

trata-se de um encontro dos dois em que ambos terão que lidar com os efeitos do estigma, em que as pessoas normais podem agir com receio de serem mal interpretados pelos estigmatizados. Isso nos leva a problematizar que, apesar de a comunidade demonstrar um vínculo de confiança com a equipe de saúde ao apresentar queixa das constantes visitas de Hécate, também diz respeito à um receio de a comunidade não conseguir comunicar isso diretamente à usuária, mas faz uso de um porta-voz.

4.1.4 Territórios e Possibilidades

Haesbaert (2007) aponta várias noções de territórios e agrupa em três vertentes: a vertente política, que diz respeito à relação espaço-poder, que podem ser institucionalizadas (jurídico-política), nessa concepção o território remete a um espaço fechado e controlado, na maioria das vezes atrelado ao poder político do Estado; a vertente cultural (ou simbólico-cultural), remete a uma dimensão mais subjetiva, em que o território é um produto da apropriação simbólica de um grupo no seu espaço vivido; e a vertente econômica, que diz respeito a dimensão espacial das relações econômicas (relação capital-trabalho). Bem como conceitua o território no binômio-materialismo-idealismo e no binômio espaço-tempo (relação social-histórica). Haesbaert (2007) aponta a noção híbrida do espaço geográfico, caracterizando o território *a partir da imbricação de múltiplas relações de poder, do poder mais material das relações econômico-políticas ao poder mais simbólico das relações de ordem mais estritamente cultural* (HAESBAERT, 2007, p.79). O autor entende que a estruturação da sociedade em rede não caracteriza uma desterritorialização, mas novas territorializações, que dizem respeito a uma vivência em constante movimento. Em relação às conexões nas redes das narrativas dos usuários, podemos apontar que Eco gosta de passear no cemitério, e diz respeito a um lugar que lhe traz bem-estar. Os territórios existenciais extrapolam a dimensão física e um território pode ser vivenciado de diferentes maneiras, porque na rede de múltiplos territórios é possível criar referenciais simbólicos. Isso acontece de uma forma qualitativamente diferente por exemplo a partir da compressão espaço tempo permitida pelas redes contemporâneas, em uma complexidade material e imaterial. Na narrativa de Eco, é apontado o recurso da internet, em que outros sujeitos compartilham a experiência de ouvir vozes e que ainda que ele não fale sobre a sua experiência para outras pessoas, isso faz com que ele se sinta melhor. Eco vivencia um território marcado por

aspectos simbólicos e imateriais que não se restringem a um espaço, mas em uma rede complexa.

4.1.5 O papel da comunidade e da família

O papel da comunidade nos leva a pensar a relação do sujeito com sofrimento psíquico grave com os laços sociais, espaços de convivência e a cidade como um todo. Os processos de subjetivação neoliberal remetem a ideias de liberdade e autonomia, mas que esse contexto é marcado por uma captura e produção dos desejos dos sujeitos. Com a emergência do SUS, a proposta de autonomia passou a constituir as orientações da política de saúde brasileira no sentido da emancipação dos usuários e participação nas políticas de cuidado (BATISTELA, 2017). Com a substituição dos modelos asilares por uma rede substitutiva, tomou centralidade a aposta de trabalhar no território e reinserção dos sujeitos na cidade, ressignificando a experiência da loucura. Feuerwerker (2014) aponta que existem diferentes formas de fazer valer a autonomia (pelo lado do usuário) ou de fazer valer a autoridade (pelo lado dos trabalhadores) e que há todo o território que faz sentido para os usuários e que para a construção de um plano de cuidado que faça valer a participação do usuário em que ele proponha a sua experiência nos seus territórios, convocando uma relação de confiança do usuário com a equipe. Kinoshita (1996), ao abordar a noção de autonomia em relação aos usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, faz uma crítica a ideia de autonomia como “independência”. Segundo sua compreensão, todos nós somos dependentes de algumas coisas. Entretanto, trata-se de uma questão quantitativa, ou seja, se dependemos de muitas coisas – o que nos tornaria mais autônomos – ou se dependemos de poucas coisas – o que nos torna dependentes. Nesse sentido, a autonomia diz respeito a quanto mais coisas pudermos ser dependentes, o que amplia nossas relações e trocas sociais.

Enquanto Amazona além de apontar que a caminhada na cidade e visitar as amigas lhe faz bem, fala que as aulas de pinturas no Centro de Convivência do Idoso do seu território era algo que lhe trazia bem-estar. Além disso, Amazona conta que gosta de frequentar festas da igreja e da comunidade, vai aos eventos de chá de bebê, aniversários, festas da família, enfim, uma realidade diferente da que ela tinha no período do internamento em que narra que quase não recebia visitas. Além das aulas de pintura no Clube de Mães, Cócita conta que gosta de ir na casa das amigas para conversar e frequenta um mercadinho do qual sua amiga é dona, fazendo parte da configuração desse território. Mas as visitas na casa

das amigas que mais nos chamaram a atenção foi a de Hécate, em que ainda que as pessoas apresentem queixas sobre a frequência de suas visitas, ela persiste, o que pode sugerir uma necessidade individual e coletiva de lidar com aspectos do sofrimento psíquico. Além da necessidade de Hécate em estar com as pessoas (podendo ser para conversar ou sentir-se cuidada), a situação denuncia também o modo como a comunidade lida com a diferença.

Um dos principais elementos que constitui a comunidade é a família. Rosa e Cavalcante (2014) indicam o papel da família como agente político de mudanças no processo de produção de autonomia dos sujeitos, apontando a família como um aliado importante do fortalecimento da RAPS, pois a compreensão da família sobre o sofrimento do usuário influencia no direcionamento do percurso de cuidado que o sujeito caminha. Retomando nossas narrativas, Eco aponta que sua irmã foi uma apoiadora na sua experiência de procurar ajuda para o seu sofrimento na rede, enquanto também expressa que prefere que seu irmão não saiba de seus hábitos que geram sofrimento, com medo da reação que ele possa ter. Na narrativa de Amazona, a usuária narra a relação com a irmã, o irmão, a mãe, a cunhada, o marido e a filha – apontando sofrer situações de espancamento pelo marido atreladas as suas crises. Amazona localiza temporalmente a sua experiência de terapêutica na rede a partir da idade da filha, bem como relata que o seu segundo internamento foi interrompido a pedido do irmão e do marido. Também ressaltamos que, quando Lete busca o atendimento psiquiátrico no município em a que a irmã reside, sob mediação dessa mesma irmã, podemos pensar sobre a influência de seus irmãos na produção do seu cuidado. Na narrativa de Cócita emerge tanto a fala da usuária como de sua filha, a qual auxilia no seu cuidado. Na situação de Hécate, a usuária narra que tem um filho na cidade em que ela morava e que sente falta dele. Tanto na relação que o irmão e o marido de Amazona estabelecem no momento de pedir a sua alta, antes da alta médica; como na situação de Cócita com o FÓRUM, a respeito da filha ter sua tutela provisória, nos leva a problematizar o papel que o sujeito assume nesse contexto. A família participa da comunidade e dos processos de subjetivação coletivos, e assumem a tutela dos sujeitos, remetendo a uma lógica institucionalizada de extrapolar a fala do sujeito que vive a experiência de sofrimento psíquico. A família corre o risco de reproduzir o discurso de que a fala do sujeito com sofrimento psíquico grave não tem legitimidade. Trata-se de uma relação ambígua, pois a família faz parte da rede de conexão da rede co-responsável pelo cuidado do sujeito, ao passo que vivencia o sofrimento de uma forma muito próxima ao sujeito, vivenciando o sofrimento em alguma dimensão. Esse aspecto remete a importância do

acompanhamento ampliado desse sujeito, em que a família também recebe apoio da rede, sem que isso negue o respeito e o direito de autonomia do sujeito com sofrimento psíquico grave.

4.1.6 Sabedoria Popular e Religiosidade

Em relação às conexões estabelecidas pelos sujeitos na rede de cuidado foram apontadas experiências de sabedoria popular e religiosidade. O papel dos saberes populares como chás, ervas e procedimentos naturais, bem como as práticas de benzimento estão presente na história do Paraná. O resgate das atividades de benzimento no Paraná vem acontecendo junto à movimento como o Movimento Aprendizes da Sabedoria (MASA), que visa o reconhecimento oficial da prática de benzimento nas cidades de São João do Triunfo/PR e Rebouças/PR (HOFFMANN – HOROCHOVSKI, 2015). Nas narrativas apresentadas, Eco aponta que já foi em benzedor: *uma vez porque eu estava com cobreiro de dente, aí a mulher passou um óleo e sarou* (narrativa de Eco). Amazona já tentou tomar chás, mas não seguiu com a prática, enquanto Lete aponta uma experiência mais ampla em práticas semelhantes: *tipo benzedeira, já fui várias vezes. Durante esse tempo que não tava boa, andava procurando, (...). Chazinho sempre, de erva cidreira, capim limão, bastante, não lembro muito de cabeça, bastante chá que os curador ensinavam, os curador daqui* (narrativa de Lete). Na narrativa de Lete fica mais evidente a busca de práticas alternativas em saúde partir de uma experiência de buscar cuidado, pois a busca aos benzimentos partiu de um sofrimento, um não se sentir bem. Enquanto a prática dos chás está relacionada à um hábito, integrado na dimensão cultural da sua vida.

Outro elemento importante de conexão nas redes de cuidado diz respeito a religiosidade dos usuários. Podemos apontar a religião como *um objeto de investigação dos mais complexos, posto que, como fenômeno humano, é, a um só tempo, experiencial, psicológico, sociológico, antropológico, histórico, político, teológico e filosófico* (DALGALARRONDO, 2008, p.16). Dalgalarrondo (2008) aponta que, no Brasil, existem estatísticas que indicam que 98 a 99% das pessoas acreditam em Deus e que em 2000, o censo IBGE apontou que 92% da população referiu ter religião. Em sua investigação a respeito da religião, psicopatologia e saúde mental, Dalgalarrondo (2008) afirma que a religião é uma instância importante na simbolização da vida e que parece *ser fundamental naqueles momentos de maior impacto para os indivíduos, como perda de pessoas próximas, doença grave, incapacitação e morte* (DALGALARRONDO, 2008, p.16). Para Dalgalarrondo (2008)

a religião para a ser um interlocutor nos significados que são dados ao sofrimento, estabelecendo relação com a saúde e os transtornos mentais.

Nas narrativas apresentadas, Amazona conta que no período em que se sentia indisposta buscava a Igreja como apoio: *A igreja sim! Não ficava direto lá, mas eu procurava, eu gostava de hino. (...). O pessoal da igreja entendia que eu tava ruim né. Daí eu só chorava né, eu ia escutava aquele hino e desabava chorar! Rs. Até hoje eu gosto, quando não tô legal, eu coloco hino, música eu gosto bastante* (narrativa de Amazona). Lete, assim como Amazona, era mobilizada à busca pela dimensão religiosa principalmente das situações de sofrimento: *Durante esse tempo que não tava boa, andava procurando, até dos crentes eu fui!* (narrativa de Lete). Enquanto Cócita, batizada na Congregação Cristã teve seu percurso marcado por um episódio confuso em que a igreja foi quem acionou a polícia para leva-la para ser internada em uma instituição psiquiátrica, sem a interlocução médica, e entende que: *O pessoal da igreja não ajudou, ajudou a enfiar eu nesses lugares* (narrativa de Cócita). E em contrapartida, aponta como uma referência do seu mal-estar de um período: *Ficava só em casa trancada, não queria sair para lugar nenhum, não queria nem ir na igreja uma época, agora que eu estou voltando a ir* (narrativa de Cócita). Cócita também relata que passou a não ouvir as vozes que a incomodavam depois que passou a morar com a filha, atribuindo a isso, a sua filha orar e ter fé, colocando a religiosidade em um lugar terapêutico para o seu sofrimento.

As redes acessadas pelos sujeitos dizem respeito às múltiplas conexões que a complexidade de vida permite criar, nesse sentido torna-se importante refletir sobre a importância de uma rede que consiga dar conta de um sujeito que é complexo. A proposta de acolhimento diz respeito a escuta as múltiplas possibilidades que o sujeito encontra para promover sua saúde mental.

4.1.7 A barreira medidora do acesso: fatores do cuidado.

O modo de organização das Redes de Atenção à Saúde – RASs tem a descentralização como um dos princípio de organização; e, segundo Mendes (2011), sua efetividade depende de alguns fundamentos, entre eles a qualidade e acesso. Starfield (2002) diferencia acessibilidade de acesso, onde acesso diz respeito ao uso dos serviços para que as necessidades dos usuários sejam atendidas e acessibilidade sobre os usuários chegarem aos serviços.

As desigualdades no acesso à saúde são fundamentais para pensar as políticas públicas e estão ligadas ao cenário político e econômico dos países. Sanchez e Ciconelli (2012) apontam que o conceito de acesso à saúde mudou ao longo do tempo e descrevem quatro dimensões do acesso em saúde: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Na década de 70 o acesso estava mais relacionado à questão geográfica (disponibilidade) e a questão financeira; enquanto estudos mais recentes buscam refletir a questão cultural, educacional e socioeconômica, pensando a aceitabilidade; bem como o acesso é apresentado como uma questão muito relacionado à informação (SANCHEZ e CICONELLI, 2012). A produção das barreiras ou dos acessos são situacionais e singulares para cada sujeito, pois em alguns momentos as equipes passam a colocar em disputa os planos de cuidado de cada serviço, deslocando o foco do paciente (CERQUEIRA et al., 2014). A integralidade do cuidado é central no cuidado em rede, no sentido de que o sujeito com sofrimento psíquico grave não esteja atrelado apenas ao espaço do CAPS, pois, além de ser usuário do CAPS, ele tem outras demandas: hipertensão, diabetes, problemas odontológicos, entre outros. O sujeito não pertence a um serviço, mas pertence a rede como um todo, porque este sujeito não é uma doença, ele é um todo.

A partir das dimensões de Sanchez e Ciconelli (2012) buscamos analisar algumas questões levantadas nas narrativas. As barreiras de acesso relacionadas a disponibilidade foram apontadas principalmente por Amazona; por questão financeira por Lete e Hécate; aceitabilidade por Cócita e Eco. E em todas as narrativas foi possível localizar barreiras de acesso relacionadas à informação.

4.1.7.1 Disponibilidade

Amazona coloca em questão a continuidade de atendimento pela rede no seu território no que diz respeito aos grupos de saúde mental com a psicóloga, no sentido de que participaria dos grupos que acontecem na cidade no CAPS se estes acontecessem perto da sua casa, pois o que dificulta o seu acesso é a distância do CAPS. A USF próxima ao território de Amazona promove grupos de Saúde Mental, mas a usuária não sabia da ação na unidade, remetendo a barreira de acesso relacionada a informação e nos leva a pensar nos modos como uma informação chega ao usuário.

Além do aspecto informativo, ressaltamos a questão da disponibilidade relacionada ao acesso, considerando que não basta o município ofertar determinada ação, mas de também

garantir a mobilidade do serviço até o usuário e as opções de transporte dele até o serviço (SANCHEZ e CICONELLI, 2012). Quando pensamos a oferta do transporte como possibilidade de acesso, localizamos que é um aspecto central na produção de autonomia de Hécate: *Quando eu vou no CAPS eu vou sozinha de ônibus, ele vem aqui, aí eu vou sozinha* (narrativa de Hécate). A usuária remete a sua ida para o centro da cidade e aos grupos do CAPS a outras ações do seu interesse, como fazer compras ou buscar mudas para sua horta, ampliando suas conexões na rede.

4.1.7.2 Aceitabilidade

Campos et. al. (2014), ao discutirem o acesso na atenção primária, apontam que, apesar de o acesso ser garantido pela lei, é importante pensar os resultados e resolutividade na linha de cuidado produzida, extrapolando aspectos quantitativos, como número de atendimentos, ou geográficos, como distância física entre o serviço e o usuário. Historicamente a relação em saúde esteve centrada na figura do médico, fazendo com que o usuário não busque acessar outros pontos da rede, diminuindo suas possibilidades de autonomia como consequência. Quando tomamos a perspectiva da resolutividade no acesso, podemos pensar a expectativa do usuário com o atendimento, como na narrativa de Lete: *Daí um dia ele (clínico geral da USF) não tava, daí eu passei mal. Eles me levaram no pronto socorro, no pronto socorro daí eu fiquei lá em observação um tempo, daí voltei pra casa e fiquei quase na mesma. Aí nós pagamos consulta com outro doutor, também clínico geral, paguei duas consultas com ele, daí ele passou pro psiquiatra. Mas eu tava quase sem melhora né* (Narrativa de Lete).

Em relação a aceitabilidade, diz respeito a natureza dos serviços prestados e como os usuários percebem estes serviços, composto também pelas crenças e atitudes em relação a saúde. Às vezes o usuário tem uma expectativa sobre o seu sofrimento psíquico de que com uma determinada medicação ou procedimento ele vai deixar de sofrer ou resolver seus conflitos que, por serem singulares e exigirem uma terapêutica complexa, que demanda tempo e paciência do usuário, implica muitas vezes o profissional o papel de interlocutor na desmistificação da ideia de saúde e doença e do processo de sofrimento. Quando o profissional se coloca a atuar no acolhimento com esse compromisso, ele direciona o acolhimento como um projeto institucional (BARBOSA et. al., 2003), ampliando a ação. Na fala de Lete, ressaltamos a importância do vínculo da usuária com a USF que, ao buscar a

unidade quando percebe que não está se sentindo bem, remete a uma relação de confiança. Campos et. al. (2014) rementendo a outros estudos, aponta que o diálogo e o acolhimento das demandas dos usuários são centrais para que o usuário compreenda a hierarquização dos serviços e o processo de descentralização da rede; impactando na relação dos trabalhadores, para que consigam estabelecer referência e contra-referência. Podemos observar situações em que o usuário busca serviços de outros níveis de complexidade na rede, como hospitais e CAPS por demandas que poderiam ser trabalhadas na atenção básica, diminuindo as possibilidades de conexão do sujeito com a rede, como no caso de Eco, em que ele aponta que não usa a USF de seu território.

Ainda em relação à aceitabilidade no acesso, ressaltamos a fala de Cócita narrando como se sente nas aulas de pintura do Clube de Mães da sua vila e das atividades no CAPS: *A professora retoca por cima, é uma pintura por dia e eu faço rápido e ali está indo muita gente, está lotando, tem lugar que não dá para sentar mais. No começo eu ia fazer oficina de biscoit no CAPS, mas eu não consigo, fico muito nervosa* (narrativa de Cócita). Ressaltamos que a usuária sente que as atividades não são programadas para acolher a sua dinâmica de funcionamento, e que ela sentindo que faz as atividades rápido demais acaba causando uma barreira na sua participação nas atividades. Nesse sentido, novamente o acolhimento e escuta do profissional pode ser um instrumento potente.

4.1.7.3 Capacidade de Pagamento

O município de Lete oferta consulta psiquiátrica por meio do SUS e, ainda que a usuária tenha uma condição sócio econômica vulnerável, devido a sentir-se sem melhora com o tratamento medicamentoso com o psiquiatra do município, recorreu a uma médica psiquiatra particular de Ivaiporã, município a 322 quilômetros de distância de onde ela reside: *Daí um dia meus irmão tavam preocupado, ligaram pra minha irmã de longe e contaram a minha situação, de como que eu tava, que tava correndo muito em médico e sem resultado, daí ela resolveu vim de lá de Ivaiporã aqui e me levou pra uma consulta lá, daí agora eu to me tratando desde outubro de 2016 lá* (narrativa de Lete).

Quando Lete fez o acompanhamento no território local seu sofrimento foi chamado de depressão, e quando consultou em Ivaiporã passou a ser chamado de esquizofrenia. Com a nova técnica de psiquiatria, vieram novas medicações e Lete passou a sentir-se melhor com o tratamento, sendo que no momento da entrevista sua queixa não correspondia ao sintoma, mas

à distância e custo financeiro de ir nas consultas: *E tô pensando... não sei não vou parar o tratamento, porque é muito longe, daí eu tenho que levar acompanhante, porque eles não deixam ir sozinha né, o gasto é bastante.* (narrativa de Lete). Novamente o aspecto da informação emerge na situação, bem como o de aceitabilidade, considerando que ainda que exista um psiquiatra no setor privado no município, ela optou por um serviço privado em outro município, que poderia estar relacionado à falta dessa informação, como também a confiabilidade que se estabeleceu a partir da indicação da profissional de Ivaiporã que a irmã de Lete fez. Depois da entrevista, a usuária foi informada da possibilidade de retomar o seu tratamento medicamentoso no município que reside e ressignificou o seu tratamento no território, possibilitando o acesso à equipe multiprofissional, e não centrada no médico. A possibilidade de Lete deixar o tratamento porque não pode mais custeá-lo difere da possibilidade de deixar o tratamento porque passou a se sentir melhor e aumentou suas possibilidades de autonomia. A preocupação não está em a usuária ter sua consulta psiquiátrica garantida ou deixar de aderir o tratamento medicamentoso, mas sim de garantir o seu bem-estar, pois o principal objetivo do acesso é o que produz novos sentidos para a vida (CERQUEIRA et al., 2014). A dimensão do acesso relacionada à de capacidade de pagamento diz respeito a relação entre: o custo de uso dos serviços e capacidade de pagamento dos indivíduos; e o financiamento do sistema de saúde (SANCHEZ e CICONELLI, 2012). Nesse sentido cabe pensar a relação da iniciativa privada com o SUS.

4.1.8 Rede híbrida: o Público e o Privado.

Pensar o acesso em relação a capacidade de pagamento dos usuários e o modo como as redes estão organizadas, implica retomar algumas questões fundamentais da criação e implementação do Sistema Único de Saúde – SUS. Gastão Wagner de Sousa Campos (2008) ressalta que o contexto mundial nos anos 80 influenciou a criação do SUS no Brasil, mas que não se decidiu a estatização das entidades privadas e filantrópicas, constituindo uma estrutura híbrida, com uma disponibilização de serviços público, conveniados e privados.. Na Europa, *com as revoluções comunistas e o advento de fortes partidos trabalhistas, socialistas e social-democratas, teve início uma série de políticas públicas que buscavam distribuir renda e construir bem-estar social* (CAMPOS, 2008) fazendo com que a saúde se tornasse de interesse público. O que acarretou em grandes sistemas públicos de saúde com financiamento estatal, direcionando o planejamento da atenção em saúde, com a primeira

sistematização na Inglaterra em 1920 com o Relatório Dawson (CAMPOS, 2008) – visando o direito universal à saúde e financiamento público via Estado, estruturação de uma rede de serviços visando atenção integral, hierarquização e regionalização do atendimento. Mais tarde, com a crise dos regimes socialistas, emergiram as críticas às políticas sociais, iniciando um período de desmonte, as contra-reformas sanitárias, em que visou transferir as responsabilidade e assistência para os serviços privados, bem como levar as regras do modelo privado para o estatal (pagamento por produção, financiamento condicionado ao desempenho) (CAMPOS, 2008).

Ocorreram muitas tentativas para tentar tornar a saúde um direito de todos, principalmente no período entre 1976 e 1988, marcado pelas lutas e esforços empreendidos no movimento da Reforma Sanitária. E somente em 1988, com a Constituição Federal, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social pela primeira vez na história do Brasil (PAIM, 2009). A ênfase dada à questão da saúde na Constituição da República de 1988 permitiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi regulamentado através da Lei Orgânica da Saúde aprovada em 19 de setembro de 1990 (Lei 8.080/90), sendo complementada em 28 de dezembro do mesmo ano pela lei 8.142/90.

Arelada a Constituição de 1988, Campos (2008) aponta que a reforma sanitária no Brasil foi tardia comparada ao cenário mundial, introduzindo o conceito de direito à saúde, e com a expansão dos serviços, o SUS assegurou grande parte do setor privado de prestação de serviços, por meio de contratos e convênios. As medidas de regulação dos prestadores de serviços no SUS não ficaram bem definidas, fazendo com que o sistema de compras de serviços tenha preços arbitrários, e os prestadores selecionam os procedimentos mais rentáveis (CAMPOS, 2008).

Entre outros motivos, o subfinanciamento e lógica híbrida do sistema faz com que a implementação do SUS aconteça de forma incompleta, remetendo a modelos tradicionais de funcionamentos dos serviços públicos, inadequados com a demanda (CAMPOS, 2008). Fatores que dão espaço para propostas privatistas do sistema de saúde brasileiro, desde as fundações e planos de saúde às novas que podem obedecer à legislação privada não favorecendo a implementação efetiva do SUS.

É na arena sanitária (MENDES, 1999) que surgiram novos sujeitos sociais com interesses e visões de mundo diferentes e que iriam defender dois grandes projetos políticos no campo da Saúde, como já referido anteriormente, o da reforma sanitária (contra-hegemônico), que tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde – SUS, e o projeto neoliberal (hegemônico), que nada mais é do que uma

reciclagem do modelo médico-assistencial privatista (BRAVO; PEREIRA, 2002) (MENDES, GARCIA, OLIVEIRA e FERNANDES, 2011).

Trinta anos depois da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 2016, novamente emergiu a discussão a respeito das ameaças ao SUS. A gestão de Michel Temer nomeou como Secretário de Saúde o deputado federal Ricardo Barros (PP-PR), o qual instituiu um grupo de trabalho para discutir e elaborar projeto de criação de planos de saúde populares, fortalecendo o mercado de planos de saúde (FARIAS, 2016). A proposta, atrelada à Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 241/2016, que prevê reduzir o investimento em saúde pública em vinte anos prejudica diretamente o SUS. Campos (2008) aponta que negócios e saúde não combinam, saúde enquanto um direito universal leva a gestão e planejamento de sistemas públicos.

A partir do contexto apresentado, podemos compreender melhor a percurso de cuidado de Lete na rede de cuidado. O primeiro lugar que a usuária se direcionou foi à USF do seu território e então:

Daí um dia ele não tava, daí um dia ele não tava, daí eu passei mal. Eles me levaram no pronto socorro, no pronto socorro daí eu fiquei lá em observação um tempo, daí voltei pra casa e fiquei quase na mesma. Aí nos pagamos consulta com outro doutor, também clínico geral, paguei duas consultas com ele, daí ele passou pro psiquiatra. Mas eu tava quase sem melhora né. Daí um dia meus irmão tavam preocupado, ligaram pra minha irmã de longe e contaram a minha situação, de como que eu tava, que tava correndo muito em médico e sem resultado, daí ela resolveu vim de lá de Ivaiporã aqui e me levou pra uma consulta lá, daí agora eu to me tratando desde outubro de 2016 lá (narrativa de Lete).

A ação de Lete é atravessada por diversos fatores, seja de confiança na figura de determinado profissional, seja a sugestão da família, seja o acesso à informação da rede de outro município e/ou desinformação a respeito da rede do seu próprio município. No entanto, o que nos chama a atenção aqui é o aspecto híbrido da rede acessada, em que a prestação de serviços públicos e privados se entrelaçam no seu itinerário. E que, apesar do aspecto de ator com a rede que se estabelece, é fundamental pensar como a rede está organizada e os modelos de atenção que são possíveis ofertar ao usuário a partir dos modelos de gestão e organização das redes.

Feitosa e Silva (2013) nos convidam a pensar sobre a cidadania do portador de transtorno mental no contexto neoliberal, apontando que a ideia de democracia permanente produz novas práticas subjetivas e uma sociedade mais tolerante. E que, com o movimento da Reforma Sanitária, o Estado passou a estimular a redução dos serviços públicos, fortalecendo

e incentivando serviços do mercado privado. Considerando o exemplo de Lete e ao explorar os embates que o SUS vem enfrentando, fica evidenciada uma disputa político- ideológica que impacta nos modos de cuidar dos sujeitos. A medida que perdemos a saúde como um direito garantido pelo estado, redirecionamos as ações de cuidado a pessoa com sofrimento psíquico grave, podendo produzir vida ou segregação.

4.1.9 O sujeito com sofrimento psíquico grave e a relação de trabalho

No Brasil, especificamente na Saúde do Trabalhador, o movimento sindical e o movimento sanitário tiveram importante participação na sua incorporação como política de saúde, concebendo o adulto em sua condição de trabalhador, implicando a necessidade de conhecer a situação de trabalho, ou seja, não importa o produto em si, mas também o processo de produção e reprodução das relações sociais de produção (CFP, 2008). Configura um campo de conhecimentos e de práticas que tem como objetivo o estudo, a análise e a intervenção nas relações entre trabalho e saúde-doença, mediante propostas programáticas desenvolvidas na rede de serviços de saúde pública (LACAZ, 2007). Segundo Jacques (2007) o nexos causal em saúde mental no trabalho apresenta-se como uma nova demanda nos campos de atuação e, historicamente o modelo taylorista-fordista tem destaque, pois aproximou as questões do psiquismo com o mundo do trabalho, no sentido de aproximar a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas junto às relações de trabalho.

Lacaz (2007) aponta que a Saúde do Trabalhador é um campo de práticas e conhecimentos que no Brasil emerge da Saúde Coletiva, visando intervir nas relações trabalho, saúde e doença – e parte do surgimento da classe operária industrial como referência. Pensar a determinação social na saúde do trabalhador nos remete pensar nas lutas, *ainda, pela regulamentação da jornada de trabalho e salário e, sincronicamente, defendem sua saúde e integridade física buscando a melhoria das condições de trabalho* (LACAZ, 2007, p. 761). E a relação do estigma do louco atrelada aos determinando sociais. As políticas públicas são protagonistas no fomento de práticas de trabalho mais saudáveis, bem como o processo de trabalho e o seu desempenho na organização/reorganização na saúde mental do sujeito. A inclusão social pelo trabalho na saúde mental baseia-se nas Leis n. 9.867/1999 e n. 10.216/2001 e *o fundamento da inclusão social pela via, especificamente, da economia solidária foi regulamentado somente em 2005 pela Portaria Interministerial n. 353/2005* (SANTIAGO E YASUI, 2015). Paul Singer cita Pedro Gabriel Delgado (BRASIL, 2005, p.

11), apontando uma vocação cooperativa inevitável entre a reforma psiquiátrica e a economia solidária, no sentido de ambas serem movimentos que visam mudar a sociedade, torna-la mais inclusiva e solidária, ambos são movimentos de transformação, e que compartilham a mesma matriz. A reflexão de Paul Singer (BRASIL, MS, 2005) percorre a ideia de que os movimentos são transversais quando pensam a exclusão do louco e a exclusão dos pobres na sociedade, e que, por serem ambos produtos da sociedade.

Elementos emergentes das narrativas apontam a relação dos sujeitos com o trabalho. Amazona aponta que as pessoas nem sempre compreendem o sofrimento e que as dificuldades cotidianas do seu sofrimento influenciam no trabalho, apontando o sintoma como uma desculpa para não trabalhar: Até hoje em casa, na família né, muitos acham que você é fresca, porque eu não trabalho né, então acham que eu não trabalho por causa disso, que é desculpa (narrativa de Amazona). Uma sociedade produtivista impõe a normativa de um sujeito ideal, produtivo para o capital (LACAZ, 2007), sem considerar as necessidades dos sujeitos: Eu sou uma pessoa completamente normal, senão eu não conseguia fazer o meu trabalho né, faço comida normal, faço bolo, faço tudo. Sei cuidar da minha casa (narrativa de Amazona).

Uma ordem paira no mercado de trabalho, de que não é o trabalho que deve se adequar ao sujeito, mas o sujeito que deve se adequar ao mercado de trabalho e servir à lógica produtivista do capital. Aspecto que atravessa diretamente o sujeito que não corresponde a norma, como é o caso de Cócita, que por ter uma dinâmica de funcionamento diferente de um padrão de organização normativo pode não ser enquadrada no ideal de trabalhador. Cócita fala de sua dinâmica em atividades de convivência não remunerada: não fui mais porque eu faço muito rápido e errado né, eu tenho até os panos ali, de uns tempos para cá eu tudo faço depressa, lá tem o tempo da aula, eu fico muito nervosa e faço rápido as coisas, fica feio (narrativa de Cócita); No começo eu ia fazer oficina de biscuit no CAPS, mas eu não consigo, fico muito nervosa (narrativa de Cócita).

Eco aponta que a sua mudança para outro município esteve atrelada à relação com o emprego, e aponta que suas questões singulares de sofrimento influenciaram nos aspectos financeiros: *Em Curitiba eu trabalhava, bom era, mas eu gastava muito com meu problema, foi bom porque eu preferi sair* (narrativa de Eco). Bem como aponta a empregadora da chácara em que trabalhava como co-responsável pelo seu estado de saúde: *Eu tentei suicídio e me levaram para o CAPS, a mulher dona da chácara que levou* (narrativa de Eco). No relato de Amazona também foi possível localizar a instituição empregadora implicada no cuidado da família do seu trabalhador: *A psicóloga! Ela me ajudou bastante, porque aquele tempo ela*

era psicóloga da empresa do meu marido e me ajudou bastante, era psicóloga da empresa do meu marido né (narrativa de Amazona). Trazemos aqui a importância da sensibilização das instituições empregatícias como parte da comunidade, e logo da rede, nas ações de prevenção e manejo do sofrimento psíquico e situações de crise.

As relações de trabalho e emprego fazem parte da rede dos sujeitos e precisam estar implicadas e sensibilizadas na compreensão do sofrimento psíquico para que a promoção do cuidado dos usuários seja efetiva.

4.1.10 Estigma

A busca de cuidado está relacionada a compreensão do sujeito sobre o seu sofrimento. As cinco narrativas presentes na pesquisa apontam aspectos produzidos pelo estigma na situação de sofrimento psíquico grave, alguns aspectos nos chamaram mais a atenção, como os efeitos do diagnóstico e a vergonha de falar sobre o seu sofrimento psíquico. O estigma direciona a pessoa que o sofre a um descrédito, caracterizado com um defeito, uma fraqueza ou uma desvantagem. Goffman (1988) afirma que o termo estigma faz referência a um atributo profundamente depreciativo como uma linguagem produzida pelas relações. Thornicroft et. al. (2009) relaciona o estigma ao empobrecimento, marginalização social e baixa qualidade de vida; realizaram uma pesquisa quantitativa com 732 participantes com esquizofrenia em 27 países para compreender aspectos da discriminação experimentada, baseada na noção de que o estigma *abrange problemas de conhecimento (ignorância ou desinformação), postura (preconceito) e comportamento (discriminação)* (THORNICROFT et. al., 2009). Nesse estudo, foi utilizada a Escala de Discriminação e Estigma (DISC – Discrimination and Stigma Scale), a qual produz como subescores: a discriminação experimentada positiva, a discriminação experimentada negativa e a discriminação antecipada. O questionário avalia 36 itens e analisou aspectos relacionados a fazer e manter amizades, procurar emprego, ter relações íntimas ou sexuais, entre outros. Os resultados apontaram que 72% das pessoas acharam necessário dissimular seu diagnóstico devido ao impacto social e que apesar de variações conforme a cultura, o estudo apontou experiências significativas de vergonha e culpa. Ainda em sua pesquisa, Thornicroft et. al. (2009) aponta que 16% dos participantes não conhecem o seu diagnóstico e que 59% concordam com o diagnóstico de esquizofrenia, enquanto outros não concordam, sentem-se incertos ou não sabem.

O estigma a respeito de determinados diagnósticos e expressões do sintoma de um sofrimento, pode produzir no sujeito a vergonha de falar sobre o que sente ou sobre o nome da doença que lhe disseram que ele tem. À medida que o sujeito passa a compartilhar a experiência, ele ressignifica o que sente, fazendo com que isso não gere tanto sofrimento como antes.

A vergonha se torna uma possibilidade central, que surge quando o indivíduo percebe que um de seus próprios atributos é impuro e pode imaginar-se como um não-portador dele. A presença próxima de normais provavelmente reforçará a revisão entre auto-exigências e ego, mas na verdade o auto-ódio e a autodepreciação podem ocorrer quando somente ele e um espelho estão frente a frente (GOFFMAN, 1988, p. 10).

Na experiência de Eco, a expressão de culpa e vergonha emergem da sua narrativa: *“Eu fico bem quando eu estou fazendo isso, mas depois eu sinto um remorso, sei lá tipo, não devia fazer. Hoje eu falo melhor sobre isso que antigamente porque antes eu tinha mais vergonha e as pessoas não acreditam e não entendem se eu falar.”* (narrativa de Eco). Ele entende o seu diagnóstico a partir do que ele pesquisou na internet e não do que está registrado no seu prontuário ou nas prescrições médicas. Quando foi questionado a respeito do seu diagnóstico, ele não cogitou um dos nomes que recebeu da equipe técnica, mas o que ele buscou. Apesar de que nomear a sua experiência com o termo infantilismo lhe confortar, ele não se sente seguro em contar para as outras pessoas a respeito: *“Eu não compartilho, não falo pra ninguém na internet, mas saber que tem outras pessoas me deixa mais confortável, porque eu me sinto, sei lá, mais normal”* (narrativa de Eco). A forma como o seu diagnóstico foi produzido, não a partir da tutela imediata de um médico, mas de saberes da psiquiatria pulverizados nas redes de comunicação; e ainda que seja a estratégia mais confortável que o sujeito encontrou conforme o movimento de autonomia de se autorizar a falar por meios técnicos do seu sofrimento; o termo vem de uma denominação da psiquiatria para um conjunto de sintomas com uma carga simbólica, podendo produzir reações negativas na sociedade, conforme nos mostra o medo da reação das pessoas produzida no sujeito ao cogitar compartilhar a informação. Eco relata o medo de ser desacreditado: *Fico na dúvida se paro meu tratamento, porque de mudar de funcionários vou ter que contar tudo de novo e eu sei que tem pessoas que não vão acreditar* (narrativa de Eco). O fato de ele se sentir desacreditado o leva ao comportamento antecipatório de deixar de frequentar o serviço de saúde, fazendo com que o estigma se caracterize como uma barreira de acesso.

Notamos que a complexidade das experiências varia na relação com o diagnóstico, como Amazona que relata que não tem conhecimento exato do seu diagnóstico, pois ele variou de esquizofrenia, depressão pós parto, entre outros e a falta de conhecimento produz a dimensão do medo, pois segundo ela: *“Fica curiosa, melhor nem perguntar, saber o que não é pra saber”* (narrativa de Lete) . Situação semelhante à experiência de outra das nossas participantes, Lete relatou que a médica psiquiatra diagnosticou esquizofrenia e que: *“Quiseram me explicar o que era, mas eu não quis saber (...). Não quis saber porque eu não tava nada bem e fiquei com medo, falei, será que eu vou morrer, rs! Eu fiquei com medo de saber, sabe?!”* (narrativa de Lete) Expressando que, apesar do nome da doença, o medo fez com que ela não quisesse saber o que significava ou o que poderia acontecer a partir disso. Como pudemos observar, o diagnóstico, apesar de partir suposta de um campo de saber científico, acaba sendo significado socialmente, constituindo-se de forma híbrida.

A equipe aponta Cócita como uma pessoa “poliqueixosa”, muitas vezes o sofrimento psíquico perpassa a ideia de “frescura”, de que “não é nada”, colocando o sujeito como “poliqueixoso”, aspecto que muitas vezes está relacionado ao estigma das equipes de saúde em relação ao sofrimento psíquico. Goffman (1988) aponta que o desconhecimento produz explicações que podem gerar exclusão, podemos apontar a possibilidade do desconhecimento da equipe a respeito do sofrimento psíquico como um problema de saúde levando a uma postura de não implicar a queixa da usuária na sua terapêutica. Na dimensão do sofrimento subjetivo, muitas vezes outras características precisam ser atribuídas ao sujeito como possibilidade de legitimar o sofrimento do sujeito, como uma doença neurológica ou cardíaca. O trabalho de Valdanha-Ornelas e Dezoti (2016) busca analisar como vem sendo dado o tratamento da anorexia nervosa e por se tratar de um transtorno psiquiátrico, muitas vezes é apontado pelos profissionais de saúde como “frescura”, dificultando o direcionamento para o cuidado. Quando a anorexia é compreendida como algum tipo de anemia, o médico acompanha, mas quando a questão é de caráter emocional ocorrem dificuldades na oferta de cuidado. No entanto, também apontamos que na nossa busca, a equipe apontou a usuária como um caso que gera preocupação a respeito do efeito de suas queixas, compondo também uma relação de cuidado.

4.1.11 Compor redes

O uso do itinerário terapêutico apontou indicadores de acesso à rede, resolutividade da assistência em saúde. Bem como a complementaridade dos procedimentos não-convencionais presentes na rede, como saberes populares, presentes na rede. Em nossa revisão bibliográfica inicial a respeito do itinerário terapêutico, observamos que ainda há poucos trabalhos que relacionam Itinerários Terapêuticos com o campo da saúde mental, mas que este vem sendo utilizado para pensar a experiência do usuário no seu processo de adoecimento cria uma rede de possibilidades de cuidado singular a cada território, tempo e circunstâncias.

O modelo de atenção psicossocial visa ampliar o conceito de saúde, se produzindo a partir dos diversos territórios existenciais dos sujeitos. O itinerário terapêutico nos auxilia a localizar as potencialidades e os desafios tanto na dimensão local, seja nos dispositivos de saúde do território, na singularidade dos elementos culturais, seja na dimensão social ampliada, como o atravessamento de uma ideologia capitalista que ameaça uma cultura de saúde na sociedade; as barreiras no acesso ao cuidado; e como a reforma psiquiátrica vem sendo construída na rede. Consideramos essa ferramenta que potencializa as ações em saúde mental, pois respeita a singularidade e a experiência dos sujeitos no seu processo de adoecimento/ sofrimento e busca de cuidados.

4.2 SUJEITOS

Foucault (1995) analisa 20 anos do seu trabalho em sua obra “Sujeito e Poder”, e aponta que sua intenção não foi a de criar uma teoria sobre o poder, mas de pensar como os seres humanos se tornam sujeitos – e que para essa reflexão foi *necessário estender as dimensões de uma definição de poder se quiséssemos usá-la ao estudar a objetivação do sujeito* (FOUCAULT, 1995, p.232). O autor aponta três modos de objetivação que transformam o ser humano em sujeito: o modo de investigação, que reflete a objetivação do sujeito na ciência – do sujeito produtivo; em relação ao que Foucault (1995) chama de “práticas divisoras”; e *como os homens aprenderam a se reconhecer como sujeitos de “sexualidade”* (FOUCAULT, 1995, p. 232). Neto (2017) aponta que a questão do sujeito e da subjetivação ganha destaque nas obras de Foucault a partir de 1980 e que, depois de suas discussões sobre governamentalidade, o autor passou a pensar o sujeito além da sujeição, e incluiu o espectro da resistência. Foucault propõe um *deslocamento do eixo saber-poder, para*

a noção de governo pela verdade, por considerar que a noção de governo é mais operacional que a de poder (FERREIRA NETO, 2017, p. 13). Convocando reflexões sobre os procedimentos, usados pelos governos para conduzir, que um sujeito se conecta a uma verdade – apontando duas relações com a norma: como um poder disciplinar e como uma autodisciplina. *Ou seja, não se trata de pensar práticas de liberdade na ausência ou recusa de normas, mas no uso autônomo das mesmas* (FERREIRA NETO, 2017, p. 14). Compondo a ideia de que a autonomia diz respeito a uma prática de autogoverno. Nesse sentido podemos pensar em uma racionalidade política, as relações de poder e as resistências e tensionamentos nas relações nos auxiliam a compreender os sujeitos. Desinstitucionalizar um modelo de atenção e as práticas reconstitui a complexidade do objeto (ROTELLI, 1994). O diagnóstico psiquiátrico como uma rotulação, faz com que o doente seja isolado (BASÁGLIA, 1985) codificado e classificado a partir dos sintomas. Ou seja, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para que a doença seja pensada como fenômeno natural e não na dimensão relacional (BASÁGLIA, 2005). Ou seja, Para Franco Baságli (2005) a psiquiatria clássica colocou o sujeito entre parênteses, ocupando-se da doença mental que supostamente o acometia e, por fim, resumindo a existência do sujeito a sua própria doença. Utiliza-se uma terminologia técnica que legitima a exclusão, traduzida pelo diagnóstico. Baságli propõe, então, a operação de colocar a doença mental entre parênteses para que pudéssemos nos ocupar do sujeito e da complexidade que o constitui. Enquanto sujeito complexo, ele demanda não apenas a “cura de sua doença”, mas ter acesso à moradia digna, ao trabalho e renda, lazer e tantos outros aspectos que foram, durante muito tempo, negados aos sujeitos com grave sofrimento psíquico, tidos como “incapazes” e “improdutivos”. Colocar a doença mental entre parênteses não significa negar a existência da doença, mas não aceitar que o sujeito seja resumido ou identificado apenas a sua doença (AMARANTE, 1996).

4.2.1 Diagnóstico e a Tutela

Baságli (2005) aponta que por séculos o médico ocupou o papel de moderador do doente mental e que o sujeito era objetificado, e que para isso utilizou-se o que ele chama de racionalização ideológica. O conhecimento técnico- científico e as instituições funcionam para o controle dos desvios, conforme a necessidade do capital. Para Baságli o diagnóstico tem o valor de um rótulo que codifica uma passividade dada por irreversíveis (BASÁGLIA, 1985, p. 108), nos levando a pensar no significado discriminatório do diagnóstico e na

validade da norma que a sociedade sugere quando circunscreve alguém como louco. Podemos observar a relação dos participantes da pesquisa com seus diagnósticos. Eco aponta que: *O meu diagnóstico eu não sei qual é, mas louco eu sei que não sou, porque se eu ver uma pessoa tentando se matar, nem que eu vá junto, mas eu vou tentar fazer ela não se matar – nem que eu tenha que ir no lugar dela* (narrativa de Eco). O usuário remete a descrição de louco a aquele que mata alguém ou faz mal para alguém, e que ele ouvir vozes ou ter uma percepção do mundo diferente não legitima ele ser tomado como louco.

Quando o saber médico nomina uma doença para o sujeito, *a relação entre o doente e aquele que toma conta dele é forçosamente objetual, na medida em que a comunicação entre ambos ocorre somente através do filtro de uma definição, de um rótulo* (BASÁGLIA, 1985, p. 108), fazendo com que o problema não seja a doença, mas a relação que se estabelece com ela. O sujeito passa a ser definido por uma nomenclatura, ele é circunscrito e simplificado dentro de uma terminologia médica, como na relação de Amazona que afirma que em um de seus internamentos, *o diagnóstico na verdade aí eu nem sei o que eles deram, porque eram muitos né, a gente não tem contato com a ficha né. Você entra lá, eles te medicam, você não tem contato muito com o seu diagnóstico. Ficava curiosa* (narrativa de Amazona). O modo como o sujeito é objetificado, passa a definir as práticas e o modelo de atenção ofertado ao sujeito, centralizado na doença: *É que lá, você entra, tem a medicação, passa pela triagem, você tem a psicóloga, você nunca sabe o teu diagnóstico, você fica curiosa* (narrativa de Amazona). Sob a égide de um diagnóstico, a ideia de cura e tutela do sujeito é dado ao saber médico (BASÁGLIA, 1985) e o sujeito objetificado passa a não participar do seu próprio processo de cuidado: *Ah, sei lá, você fica meio assim de perguntar. Fica curiosa, melhor nem perguntar, saber o não é pra saber* (narrativa de Amazona). Ao médico é legitimado o poder de saber sobre o sujeito, e nem mesmo ao próprio sujeito que vivencia a experiência de adoecimento/sofrimento. Aspecto também observado na relação com o diagnóstico que Lete estabelece, ela aponta que a psiquiatra disse: *que eu tenho esfisio... ah eu não consigo, esquizofrenia. Quiseram me explicar o que era, mas eu não quis saber, (...) e não quis saber o que que essa doença podia causar (...), a médica falou sobre os cuidados que eu deveria de ter né* (narrativa de Lete).

O sujeito avesso a norma, passa a denunciar as contradições de uma sociedade, e é direcionado à psiquiatria o papel de cura e tutela do doente, que com seu aparato técnico-científico tem o poder de contê-lo sob o disfarce da necessidade da terapia (BASÁGLIA, 1985). Amazona atribui seu sofrimento aos anos de dificuldade que passou, às violências do

marido no período de sua gravidez, bem como Cócita que atribui ao motivo do seu sofrimento ao quanto sofreu com o pai briguento e as traições do marido. As terapias são traduzidas em práticas como internamento e medicação, Cócita nos aponta que mesmo sem a precisão de um diagnóstico, as práticas compõem a relação de tutela do saber médico com o sujeito: *eles não falam sobre o que eu tenho na verdade, só falamos de remédio* (narrativa de Cócita). Quando problematizamos o sujeito em sofrimento psíquico que passa a ser tutelado e deixa de decidir sobre si, podemos analisar o direito dado à uma ciência que aprisiona, e orienta a família a como proceder em relação ao sujeito do desvio, recorrendo ao aparato jurídico (BASÁGLIA, 2005). Segundo a filha de Cócita: *no papel desse último internamento contava que era para ela não andar mais sozinha, aí tinha que ir lá no juiz buscar a interdição dela, porque ela por si só abandona o tratamento, ela acha que está boa e para e vai perdendo o controle total* (intervenção da filha de Cócita – narrativa de Cócita). A sociedade vai sustentando o controle da representação avessa a norma presente no sujeito por meio do aparato técnico-científico médico e jurídico. Quando há uma disputa do poder, avalia-se o “establishment”, que visa garantir o desempenho técnico para deter os desvios da norma, defendendo a tutela, com um ato terapêutico que violenta o sujeito excluído - o que diz respeito ao mandato social que é dado ao médico, em que lhe é confiado o controle técnico no plano prático (BASÁGLIA, 1985). Baságliã (1985) sugere que o processo de desinstitucionalização deve estar atendo a esse mandato social que é dado ao técnico, trazendo a consciência de que deve estimular os excluídos a reagir, *sem contribuir de nenhuma maneira para sua adaptação a essa exclusão* (BASÁGLIA, 1985, p.103).

4.2.2 A experiência subjetiva do adoecimento psíquico

Compreender a doença além da dimensão física e percorrer os itinerários remete pensar na temporalidade da experiência de cada sujeito Soares (2016) aponta as três tipologias de Hydén para compreender as experiências a partir do elo narrador-narrativa-doença, em que: a doença como narrativa, em que narrador e doença estão justapostos; narrativas sobre doença, que diz respeito as concepções que os sujeitos possuem acerca de sua doença; e narrativa como doença, em que a narrativa é afetada no processo de adoecimento. As formas de explicar o momento de uma experiência de adoecimento afeta a elaboração do sentido da vida para os sujeitos, possibilitando a produção de modos de o sujeito ressignificar a o adoecimento, seja na dimensão individual ou coletiva (SOARES, 2006). *No campo da Saúde*

Mental, no qual se inclui nosso estudo, é bastante enfatizado, como abordado no capítulo sobre as crises, a necessidade de ir para além de se falar de um diagnóstico (Soares, 2006, p. 67). Bem como problematizar as marcas que são impressas no sujeito a partir de uma classificação diagnóstica.

No discurso do sujeito também existem marcas de um tempo e um espaço vivenciado por ele, atravessado pelos seus múltiplos territórios existenciais. Compreender o adoecimento como um momento de fragilização do sujeito diz respeito a uma ruptura de um continuum da vida, que altera a temporalidade, alterando as formas de dizer (SOARES, 2016). Fazendo com que nem sempre os sujeitos relatem suas histórias em uma lógica de tempo esperada pelo, porque sua história desencadeia múltiplos afetos com uma organização temporal própria da vivência dos sujeitos. Podemos notar os diferentes momentos em que os serviços perpassam as histórias dos sujeitos, como o CAPS na fala de Eco, a família na fala de Amazona e as situações que fizeram Cócita sofrer. A singularidade dessa temporalidade pode ser percebida pela narrativa de Amazona quando a usuária marca a vivência dos seus internamentos a partir da idade da filha: *Eu fui primeiro no Adalto Botelho, quando? Ih, lembrar é difícil né, ih, foi quando eu não tinha nem a minha filha, minha filha hoje está com 13 anos, foi no começo do meu casamento, há mais de 13 anos* (narrativa de Amazona); *Voltei, voltei a trabalhar tudo, daí foi quando eu tive minha filha, minha filha tava com 5 pra 6 meses. Aí deu depressão pós parto né, daí foi mais grave* (narrativa de Amazona); *No HJ minha filha tinha 6 pra 7 anos. Fiquei um mês e meio no HJ, no Bom retiro fiquei um mês e meio também. Foram uns 6 anos, por aí... Porque minha filha tava com 6 pra 7 anos, ela fez agora. Fez aniversário quando eu tava lá* (narrativa de Amazona). Podemos observar que a própria vivência de bem estar da usuária é relativa tanto aos cuidados prestados à filha: *Eu vim, cuidei da minha filha, voltei a trabalhar* (narrativa de Amazona). Quanto ao não cuidado da filha: *Não cuidava da minha filha, ali eu tava no fundo, não cuidava da minha filha, eu não cuidava de mim, eu não cuidava da minha casa, eu não fazia nada, eu não tinha condição de nada!* (narrativa de Amazona).

4.2.3 Compartilhar a experiência

Podemos apontar como um elemento potente o compartilhamento da experiência dos sujeitos junto a um coletivo, fazendo com que ele se sinta acolhido. Como na experiência de Eco: Hoje eu falo melhor sobre isso que antigamente porque antes eu tinha mais vergonha e

as pessoas não acreditam e não entendem se eu falar (narrativa de Eco). A fala de Cócita aponta para o conforto que sentia ao compartilhar com o grupo do CAPS: Ouvir os outros eu gostava, porque eu tenho também o mesmo problema e eles falavam e eu gostava de ouvir, porque era tudo que eu estava sentindo (narrativa de Cócita). Apontando para a potência de ações coletivas. O sujeito sente-se mais confortável consigo mesmo quando percebe que outras pessoas sentem coisas semelhantes:

Hoje eu falo, se a pessoa não acreditar é problema dela, e também existem várias pessoas na internet que fazem isso, eu pesquisei pra ver se eu sou a única, tipo eu me chamo de aberração, por fazer essas coisas que não é normal. Mas tem mais gente, então já não me considero aberração. Eu não compartilho, não falo pra ninguém na internet, mas saber que tem outras pessoas me deixa mais confortável, porque eu me sinto, sei lá, mais normal (narrativa de Eco).

Retomamos na fala de Eco o quanto a exclusão e o estigma da loucura passa a ser um produto da sociedade, pois na medida em que a diferença vai sendo acolhida pelo coletivo, o sentimento de discriminação é amenizado. Goffman (1988) aponta o contato misto, em que os estigmatizados e os normais passam a se conhecerem melhor e a interação cria uma intimidade, isso trabalha nos sujeitos as expectativas, diminuindo o estranhamento entre os sujeitos. Pois na medida em que as pessoas vão estabelecendo contato, *mais intimamente essa aproximação categórica cede, pouco a pouco, à simpatia, compreensão e à avaliação realística de qualidades pessoais* (GOFFMAN, 1988, p. 47). A ideia aponta para a importância da relação social na diferença, pois sem essa possibilidade, fortalecemos a dimensão da exclusão.

4.2.4 Ouvir vozes

Apontamos aqui que existem duas lógicas operando na saúde mental: a da sintomatologia psiquiátrica e como experiência de vida do sujeito. Na psicopatologia dos transtornos mentais, a percepção clara de uma voz sem a presença de um objeto estimulante considerado real é caracterizada como uma alucinação (DALGALARRONDO, 2000). Bem como a alucinação auditiva é o tipo mais frequente nos transtornos mentais, podendo ser áudio-verbal, em que o sujeito escuta vozes sem um estímulo considerado real; e segundo Dalgalarrondo (2000) geralmente dizem respeito a vozes que o ameaçam ou insultam. Ainda que tradicionalmente os manuais de psicopatologia classifiquem como uma alteração da sensopercepção, a experiência de ouvir vozes *já era percebida por alguns psiquiatras no*

século XIX e início do século XX (Baillarger, Seglas, de Clérambault, Ey, por exemplo) em sua particularidade com relação às alucinações relativas às outras modalidades sensoriais (BARROS, 2014, p. 557). No sentido de que a alucinação auditiva verbal poderia estar atrelada a linguagem ou o controle das ações, o que leva a possibilidade de o sujeito ressignificar suas experiências, sem que isso seja algo doloroso (BARROS, 2014).

Em 1987 os psiquiatras Marius Romme e Sandra Escher fundaram o movimento dos Ouvidores de Vozes na Holanda (KANTORSKI, ANDRADE, CARDANO, 2017). O movimento de Ouvidores de Vozes ressignifica a experiência de ouvir vozes, visando novas estratégias de lidar com as vozes, na perspectiva de que o preconceito e a segregação relacionados a tentativa de calar as vozes é o que gera maior sofrimento e não necessariamente o fato de ouvir as vozes em si. Barros e Serpa Junior (2014) aponta que, a partir de uma pesquisa do Laboratório de Psicopatologia e Subjetividade da Universidade Federal do Rio de Janeiro, foi possível observar que *muitas pessoas que ouvem vozes aprendem a conviver com elas de forma positiva, contribuindo para demonstrar que o nexo entre a experiência de ouvir vozes e a presença de um transtorno mental não é tão firme assim (BARROS e SERPA JUNIOR 2014, p.558).*

O Movimento dos Ouvidores de Vozes visa ao apoio mútuo entre os integrantes, tendo sido criada uma organização para dar suporte para outras iniciativas em vários países, chamado Intervoice (The International Network for Training, Education and Research into Hearing Voices), abrangendo 26 países (KANTORSKI, ANDRADE, CARDANO, 2017). O movimento promove a reflexão de que o sofrimento psíquico o ouvir vozes não diz respeito a uma experiência apenas individual, mas também coletiva. O Movimento dos Ouvidores de Vozes possibilita que essa experiência seja compartilhada em um coletivo.

As experiências de ouvir vozes apresentadas nas narrativas de Eco e de Cócita nos convidam a pensar a relação dos sujeitos com as vozes. Eco relata ter a companhia de uma voz que *prefere ser chamada de Ana* (narrativa de Eco). Ana conta à Eco situações que vão acontecer no futuro. Mas a principal característica da relação que ele estabelece com a voz é de companhia: *Ela falou que ia ficar fora não sei quanto tempo, talvez um dia, talvez duas semanas, pra ver como eu vou reagir sem ela. Só que ela falou que não vai me abandonar. Sem ela, não sei, acho que eu ficaria em depressão* (narrativa de Eco). Bem como a voz também aparece com a conotação de proteção: *eu gostava de ficar ali perto da praça no Rio Iguaçu, mas como tem muito usuário de drogas, fui orientado por ela, a voz (...). Então ela me informa, que se eu for lá eu vou arrumar confusão com alguma pessoa, e assim vai, ela*

procura me orientar: vai em tal lugar ou tal lugar (narrativa de Eco). Eco tem Ana como sua principal companhia e estabeleceu uma relação de confiança com ela: *O lugar que ela mais me indica é o cemitério que é mais calmo, e tem que ser o dia que ela quer, porque senão ela sabe o dia que eu vou arrumar problema* (narrativa de Eco). Isso faz, por exemplo, com que ele deixe de sentir pavor de ir para casa: *Ela me indica para onde eu devo ir. Ela cuida do trânsito, tanto que eu tinha pavor de ir para a casa e hoje eu vou normal porque ela me acompanha* (narrativa de Eco). Ou deixe de sentir outras formas de medo: *E a Ana Keli que me fez parar de ter medo de morrer* (narrativa de Eco). Eco estabelece uma relação de amizade com a voz, respeitando inclusive uma certa alteridade de Ana em determinadas situações, como a de ela ter outras amigas: *Assim eu não vejo ela, mas eu sei que ela está comigo, e vai falando: olha, desvia por aqui, tal pessoa vai precisar da sua ajuda, vá por aqui. No cemitério eu vou porque ela me orienta e eu sinto paz, aí ela vai conversar com as amigas dela* (narrativa de Eco).

Enquanto a experiência de ouvir vozes de Cócita é caracterizada como desagradável: *E ouvia voz, voz eu ouvia, mas eu tenho muito medo, tenho medo de ficar sozinha aqui. Nenhuma das vozes que eu ouvia era para o meu bem* (narrativa de Cócita). Cócita sente medo das vozes que ouvia e passa a ter estratégias de lidar com o medo e o desconforto relacionado a voz, como a oração: *ultimamente morando aqui na minha filha eu não tenho ouvido mais, acho que é porque a minha filha é muito crente, sempre tem oração aqui* (narrativa de Cócita).

Tratam-se de duas experiências de ouvir vozes com sentidos diferentes para cada sujeito, enquanto para Eco a voz tem um sentido positivo, de companhia, proteção e confiança; Cócita apresenta a relação com uma voz que gera medo. Apesar de sentidos diferentes, ambos buscam estratégias de lidar com essa relação. Ressaltamos que a existência de um movimento que problematize essa relação, contribui para pautar discussões entre as equipes de saúde mental, dando o suporte de experiências e pesquisas.

A partir do momento em que se propõe a saúde mental como transversal a rede de serviços de saúde, cabe problematizar o modo como a escuta é processada em diferentes pontos da rede. Assim como alguns usuários relatam medo em relação às vozes que escutam, as equipes de saúde também podem ter medo dos usuários em decorrência desse sintoma, ou não compreenderem a experiência relacionada ao escutar vozes. A abordagem dos ouvidores de vozes propõe que as vozes possam ser percebidas pelos profissionais de saúde não apenas

como sintomas a serem eliminados, mas como experiências que devem ser escutadas e trabalhadas.

4.3 ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO

4.3.1 *Experiências que se encontram: a análise de implicação de uma cartografia*

Coimbra e Nascimento (2008) apontam, a partir de René Lourau, que a análise de implicação, questiona o lugar dos especialistas, por ser uma ferramenta que abrange as questões de transferência e contra-transferência da psicanálise e aspectos da psicoterapia institucional. O conceito aponta para a desconstrução do positivismo e da ideia de neutralidade científica, colocando em análise a relação do pesquisador e do campo de pesquisa. *E essas noções se criam ao mesmo tempo, num plano de imanência, onde as práticas produzem os sujeitos, os objetos, os pesquisadores e os campos de pesquisa, não havendo determinações causais de uns sobre os outros. Assim sendo, teorias e práticas são sempre práticas* (COIMBRA & NASCIMENTO, 2008, p. 02).

O sujeito pesquisador e o sujeito pesquisado se constituem no mesmo processo. Trata-se de um conceito norteador no processo cartográfico da nossa pesquisa, pois a pesquisadora é técnica de psicologia na rede saúde que constitui-se também como campo de pesquisa, e estabelece relação com os sujeitos escolhidos para a produção das narrativas e com as redes pesquisadas - fazendo parte da construção desse processo. Passos e Barros (2014) a partir dos conceitos de Lourau, indicam que, para a Análise Institucional (AI), as questões da intervenção e do campo precisam ser ampliadas e pensadas a partir do campo da intervenção, convocando os conceitos: Instituição, Institucionalização, Implicação e por último, a Intervenção – o qual delimita o campo de ação/plano da experiência. Ocorre uma encomenda inicial e modificações diante da análise dessa encomenda no processo de intervenção: a análise vai modificando o campo, pois vai da formulação de uma encomenda até a definição de uma demanda de análise – incluindo quem encomenda, quem demanda e quem analisa.

A pesquisadora iniciou a pesquisa em 2016 como técnica de psicologia com 40 horas semanais de atuação no Centro de Referência de Assistência Social – CRAS e no final de 2016 iniciou como psicóloga da rede assistencial em saúde, atuando 20 horas semanais no Núcleo de Apoio às Estratégias de Saúde da Família – NASF e 20 horas semanais no Centro

de Atenção Psicossocial – CAPS. O município possui recurso humano escasso disponível na rede e é caracterizado por tentativas constantes de reorganização das equipes atrelada as mudanças de gestão.

Coimbra e Nascimento (2008) apontam que, para desnaturalizar o olhar diante das instituições, é necessário pensar a própria instituição de análise da pesquisa, o que os lugares ocupados implicam. Percorrer experiências de redes e ações em saúde mental em outros municípios mobiliza expectativas e reflexões acerca de um ideal de saúde pública e o cuidado ofertado ao sujeito com sofrimento psíquico grave. Ser estrangeiro em uma rede por meio de vivências, estágios e pesquisas, em um período de tempo limitado, faz enxergar uma parte da rede recortada no tempo e na história política de uma rede. Diferente de quando somos marcados enquanto técnicos que permanecem no serviço. A Análise Institucional diz respeito a análise de implicações e não somente da implicação (COIMBRA e NASCIMENTO, 2008). Aspecto que convoca os conceitos de implicação e sobreimplicação. Monceau (2008) aponta que a sobreimplicação diz respeito a crença no sobretrabalho, que pode se relacionar com a dificuldade de analisar as implicações, pois o profissional sobreimplicado passa a naturalizar as respostas a uma demanda já instituída. *Em certo número de situações, essa sobreimplicação do profissional lhe conduz a aceitar práticas que ele também recusa* (MONCEAU, 2008, p. 23).

A análise institucional propõe a ideia de pesquisa intervenção, direcionando uma crítica à pesquisa positivista, a qual requer a não participação do pesquisador e visa a neutralidade da pesquisa. A proposta de pesquisa intervenção possibilita implicar a afirmação de um ato político na pesquisa, “apostando numa intervenção micropolítica no seio da experiência social” (KASTRUP, 2008, p. 466).

A partir do conceito de análise de implicação de René Lourau, Kastrup (2008) aponta o envolvimento do pesquisador no processo sem que haja polos estáveis sujeito-objeto, “porque a pesquisa se faz num espaço do meio, desestabilizando tais polos e respondendo por sua transformação” (KASTRUP, 2008, p. 466). A cartografia, caracterizada como uma possibilidade de pesquisa intervenção, é um método proposto por Deleuze e Guattari que visa acompanhar um processo subjetivo. Kastrup (2008) aponta que a abordagem não propõe o conhecimento como mera representação de uma realidade pré-existente, “mas é um processo de invenção de si e do mundo” (KASTRUP, 2008, p.467). Nesse sentido, a autora aponta a indissociabilidade entre pesquisa e intervenção e propõe quatro níveis para pensarmos os efeitos de intervenção da pesquisa cartográfica: nos participantes; no pesquisador; no

problema de pesquisa; e no campo de investigação. Partimos da proposição desta autora para sistematizar e analisar os níveis de intervenção em nossa pesquisa.

Para a captura desse processo utilizamos o diário de campo, como um instrumento de análise das práticas, pois além de registrar o percurso da pesquisa, trouxe também a possibilidade de questionamentos nas ações da rede. Pezzato e L'abbate (2011) apontam os estudos de Lourau acerca dos diários de pesquisa, em que, baseado nos diários de antropólogos, sociólogos e psicanalistas analisa as abordagens metodológicas utilizadas, e fala da diferença do diário de campo e do diário íntimo, mostrando que apesar de não existir um dentro e um fora da ciência, mas é possível estabelecer uma linha imaginária. *Para Lourau, o que vai demarcar esta “linha divisória” será o modo como o pesquisador/diariista faz uso desse instrumento em campo durante o ato de pesquisar* (Pezzato e L'abbate, 2011, p. 1301). O diário de campo é a narrativa do pesquisador em seu contexto histórico e social e permite conhecimento da vivência cotidiana do campo. E ao refletir sobre a escrita do diário, possibilita desnaturalizar o olhar e refletir sobre as fragilidades institucionais (PEZZATO e L'ABBATE, 2011).

4.3.1.1 A intervenção nos participantes: Compartilhar Preocupações

Diferente do intelectual neutro-positivista, a Análise Institucional propõe um sujeito que analisa as implicações e referências institucionais, o lugar que o ocupa nas relações sociais e não apenas na intervenção isolada (COIMBRA & NASCIMENTO, 2008). Nesse sentido podemos pensar na relação do vínculo da profissional com os usuários, pois o vínculo estabelecido no campo de saúde mental é fundamental para que a relação de cuidado se estabeleça. Torna-se necessário apontar que todos os participantes da pesquisa já eram conhecidos pela técnica de psicologia: Eco frequenta assiduamente o grupo terapêutico do CAPS mediado pela técnica; Amazona frequenta esporadicamente ações do CAPS; Lete participou de alguns dias de grupo de saúde mental da sua USF de referência apoiado pela técnica via NASF; Cócita e Hécate participaram de alguns dias de grupo temático no CAPS.

O vínculo compartilhado com Eco no plano de cuidado no CAPS, remeteu a algumas expectativas: *Fiquei preocupada em como Eco iria reagir com o uso do gravador, imaginei que ele não iria falar a respeito da voz de Ana ou das questões que ele chama de infantilismo, considerando que ele fica apavorado com a possibilidade de as pessoas que não fazem parte da equipe saber das suas dificuldades* (Diário de Campo: 04 de dezembro de 2017). A

experiência junto ao usuário possibilita algumas impressões importantes para o manejo, mas não garante a previsão da ação do sujeito, sendo importante implicar a constante abertura para a escuta e demanda que o sujeito traz, sem limita-lo a uma ação prevista ou diagnóstica. Não significa que o técnico não precisa fazer uso das técnicas para o manejo do caso, mas de procurar construir a relação no cotidiano, compreendendo o sujeito como não estático, com vivências múltiplas. O mesmo vínculo terapêutico com Eco fez com que a ação da entrevista fosse planejada com o cuidado no manejo do caso, sem que a terapêutica de Eco com o serviço fosse prejudicada: *Antes de fazer o convite, planejei com cuidado a forma de abordá-lo, pois trata-se de um usuário que se desorganiza com maior frequência que a maioria dos usuários do CAPS. Procurei deixar bem clara a diferença da pesquisa e do atendimento, bem como a possibilidade de ele negar a entrevista* (Diário de Campo: 01 de dezembro de 2017). Devido as expectativas e ansiedades que o usuário costumava expressar em outros momentos da relação, a entrevista foi marcada com data logo em seguida ao convite, sendo o convite feito em uma sexta-feira e a entrevista na segunda feira seguinte. Ainda assim a ação da entrevista influenciou nos atendimentos posteriores, e foi necessário diferenciar a pesquisa das ações no serviço em vários momentos posteriores à entrevista, bem como manejar alguns dos efeitos disparados pela ação: *Eco foi ao serviço e pediu para conversarmos, estava um pouco desorganizado, com vestimentas mais diferentes do que as de costume, e trêmulo/hipercinético, disse que desde o dia da entrevista Ana Kelli não estava com ele, mas que ela tinha avisado que isso ia acontecer* (Diário de Campo: 08 de dezembro de 2017). Desde que Eco relatou sobre a voz de Ana antes da entrevista, no decorrer dos atendimentos no CAPS, a equipe passou a negociar algumas ações, entre técnico, Eco e Ana. O início da entrevista com Eco foi marcado pela entrega de uma carta de Ana para a técnica: *A mensagem era no sentido de explicar a história de Ana Kelli e um pedido de que ele não seja internado, porque isso não faria bem a ele.* (Diário de Campo: 04 de dezembro de 2017). Apontando para um desejo de Eco de não ser internado, expresso por meio da fala de Ana. Bem como: *No decorrer da entrevista foi necessário que eu demonstrasse perceber assim como ele, que Ana estava na sala. A leitura de algumas pessoas sobre a situação poderia ser a de um delírio coletivo.* (Diário de Campo: 04 de dezembro de 2017). Tomar a voz como uma possibilidade de linguagem do sujeito faz pensar os elementos que compõe a contratualidade da relação terapêutica, em que os modos como o sujeito vai ampliar sua autonomia e o modo que encontra para promover sua saúde mental não estão circunscritos em uma rede fechada em estratégias pré-determinadas, mas construídas no cotidiano e na complexidade da vida. A voz voltou a acompanhar Eco depois do dia 25 de dezembro,

segundo relato feito nos grupos terapêuticos que ele frequenta mediados pela técnica de psicologia.

4.3.2 Campo de Trabalho e Campo de Pesquisa

Podemos apontar a desnaturalização do olhar em diversos aspectos na gestão do trabalho enquanto técnica. Enquanto técnica do NASF, existe a atribuição de apoio às equipes de estratégia de saúde da família por meio de reuniões e discussão dos casos de saúde mental, o que aconteciam em uma baixa frequência. A pesquisa mobilizou o encontro com as equipes em uma perspectiva mais ampla, em que foi possível um ouvir mais atento das impressões da equipe acerca do território e das questões de saúde mental. A escolha dos sujeitos junto às equipes mobilizou a discussão dos casos com elas. Bem como repensar o modo como as intervenções em saúde mental estão sendo propostas enquanto serviço de psicologia do NASF. Como foi o caso da situação em que a fala da usuária na entrevista aponta para um entendimento diferente do plano de ação da técnica. A usuária relata que não participa de grupos e ações em saúde mental do CAPS e que ela gostaria que houvessem grupos na USF do seu território. Enquanto o registro no diário de campo aponta que: *Ora, ainda que sua frequência seja esporádica, mediei atividades de autocuidado, beleza e higiene no CAPS em que a usuária esteve presente. Bem como a convidei para que participasse do grupo de saúde mental da unidade de seu território* (Diário de Campo: 26 de maio de 2017). A situação foi problematizada em supervisão e foi atribuída uma barreira na comunicação da equipe a respeito da ação com a usuária, pois o entendimento da profissional é de que a usuária estava informada do grupo na USF, enquanto a usuária não compartilha dessa informação. O fato levou a reflexão de como as ações vem sendo divulgadas, apontando para que as estratégias de divulgação das informações sejam repensadas. Equipe e usuário, estão envolvidos no processo de produzir a ação, o que leva ao desafio da promoção de espaços em que os usuários e a equipe ampliem a comunicação.

4.3.3 A intervenção no rumo da investigação

O objetivo inicial no processo de planejamento da pesquisa era o de construir os itinerários terapêuticos de pessoas com sofrimento psíquico grave a partir de sua experiência pessoal e da experiência de seu familiar. Ao longo da pesquisa, fomos analisando a

importância da experiência e os modos de compreender historicamente o sujeito com sofrimento psíquico. O qual foi objetificado por modelos de cuidado inspirados pelo saber psiquiátrico tradicional e hospitalocêntrico, e nesse sentido, esse sujeito foi tendo sua fala desacreditada. Ao problematizarmos a experiência dos familiares na pesquisa, pudemos observar que o que iríamos capturar não era a experiência do familiar em si, mas a experiência desse sujeito a partir do olhar do familiar, com medo de que esse sujeito não conseguisse contar sua própria história. Aspecto que foi revisto, pois nossa pesquisa vem justamente no sentido oposto, de que esse sujeito, independente do seu modo de compreender o tempo, o espaço e as relações, é dono de sua própria experiência e locutor de seu percurso.

4.3.4 A intervenção no domínio da investigação

Esse aspecto diz respeito à quando a experiência no campo de pesquisa inspira modos de pensar a teoria, em que a *política de não fazer dos participantes meros objetos da pesquisa e da construção coletiva do conhecimento* (KASTRUP, 2008, p. 487) coloca a possibilidade de ampliar o campo problemático da pesquisa, pois considera além das conclusões, as inconclusos. Nesse sentido quando a cartografia traz a possibilidade de pensar sobre o que não estava previsto, amplia a possibilidade de reflexão na área.

Pensar a singularidade da experiência do sujeito na vivência do seu sofrimento psíquico e no percurso construído a partir do seu itinerário terapêutico direcionou para as múltiplas possibilidades de buscar cuidado e apoio na rede.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho objetivou cartografar itinerários terapêuticos de sujeitos com sofrimento psíquico grave em um município da 6ª Regional de Saúde do Paraná por meio de narrativas de suas experiências na rede a respeito de seu cuidado. Pensar os modos de produzir cuidado no campo da saúde mental nos remete a pensar as disputas político ideológicas históricas na área.

O sujeito considerado louco, atrelado ao desvio, percorreu práticas de tratamento baseadas em um modelo de asilamento e segregação social, marcas dos manicômios. E à psiquiatria clássica foi atribuído o mandato social de racionalizar ideologicamente esse desvio, levando a objetificação do sujeito com sofrimento psíquico grave. Nesse sentido, quando a Reforma Italiana problematizou a assistência à pessoa com sofrimento psíquico grave, foi além de outras propostas mundiais como a dos EUA e a inglesa, porque rompeu com o paradigma da psiquiatria clássica. A história nos aponta elementos de análise das práticas de cuidado produzidas na contemporaneidade. Vimos, a partir dos resultados da pesquisa, que apesar de o modelo de cuidado prever uma rede assistencial substitutiva do modelo centrado na internação psiquiátrica, as experiências dos sujeitos foram fortemente marcadas pela internação. E que, ainda que a rede substitutiva aponte para resultados positivos, ela está em processo de implementação. O processo aponta para a coexistência de modelos e de disputas que se atualizam.

Problematizar a concepção de sujeito que se estabelece na pesquisa atravessou nossa escolha metodológica, no sentido de não negar a implicação do sujeito pesquisador com o campo de pesquisa, diferente de um modelo de neutralidade científica do paradigma de ciência moderna. Para isso utilizamos a análise de implicação e apontamos possibilidades de intervenção da pesquisa, seja com os sujeitos participantes, com a pesquisadora, no modo de fazer a pesquisa e no campo de conhecimento.

Pensar um sujeito complexo remete a potência de uma rede também complexa. A rede pensada a partir de uma multiplicidade de possibilidades abrange as práticas formais como os dispositivos de saúde (USF, CAPS, etc.) e complementares (saberes populares, chás, etc.) de cuidado. Como pudemos observar nos itinerários percorridos, o atravessamento da espiritualidade dos sujeitos na busca por cuidado por meio das práticas religiosas, ou com a busca por atendimento nas equipes de ESF e CAPS. Nesse sentido pensar o território existencial, remete a complexidade da sua experiência em determinada rede, a qual é

atravessada por diversos fatores subjetivos, como relação que se estabelece com as pessoas e os serviços.

Pensar essa relação do sujeito com a rede, nos apontou pistas de como é o acesso a rede e o que se faz barreira nesse processo, como os vínculos dos profissionais com seus usuários e a comunidade, a efetividade da integralidade no cuidado, o modo como a rede está organizada e os fatores que modificam a relação como o estigma. Vimos a importância do vínculo em uma rede produzida por sujeitos, e que a efetividade de ações depende diretamente da comunicação dentro da rede. O fator relacionado ao estigma nos apontou como uma barreira potente no acesso do sujeito com os serviços e a comunidade, pois os discursos produzem discriminação e segregação dos sujeitos.

O itinerário terapêutico se revelou como um instrumento potente para percorrer o caminho do sujeito na rede, ou seja, rede é um conjunto de múltiplas possibilidades e o itinerário terapêutico possibilita desenhar um percurso na rede. O desenho além de apontar os desafios e potencialidades da rede, mostrando os modos de cuidado que se efetivam, capturam a singularidade da experiência do sujeito com sofrimento psíquico grave. Capturar a experiência de um sujeito implica a complexidade dos afetos que atravessam uma história de vida e o que é composto nesse processo.

Considerando a atualidade das discussões no campo das políticas em saúde mental no Brasil, entendemos como fundamental a reflexão das vivências de sujeitos que protagonizam essa experiência de cuidado em saúde mental. Para que não haja retrocesso nas práticas de cuidado do sujeito com sofrimento psíquico grave.

REFERÊNCIAS

ALVES, F.; BÄCKSTRÖM, B. 2012. Lidar com a Doença Mental – a Pluralidade de Sistemas de Cuidados e de Itinerários Terapêuticos: análise comparativa de dois estudos efetuados junto de duas populações residentes em Portugal. **Saúde e Sociedade**, 21 (3): 543-557, 2012.

AMARANTE, P. **O homem e a Serpente**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.

ANDRADE, L.O.M.; BUENO, I.C.H.C; BEZERRA, R.C. Atenção primária a saúde e estratégia saúde da família. In.: CAMPOS, G.W.S. e outros (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. P. 783 – 836. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC; FIOCRUZ, 2009.

AZEVEDO, A. B. O trabalho comum através do aprendizado dos afetos na Rede de Atenção Psicossocial. **Rev. Polis e Psique**, 2015; 5(3): 80 – 93.

BARBOSA S. P. et al. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.

BARROS, O. C.; SERPA JUNIOR, O. D. Ouvir vozes: um estudo sobre a troca de experiências em ambiente virtual. **Revista Interface**; Comunicação Saúde Educação: 2014; 18(50):557-69.

BASAGLIA, F. **A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico** / coordenado por Franco Basaglia; tradução de Heloisa Jahn. - Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Org. Paulo Amarante. Trad. Joana Angélica D'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BATISTELA, C. R. **Por uma problematização do conceito de autonomia decorrente dos encontros nos dispositivos de saúde mental** [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

BEZERRA CG, DIMENSTEIN M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Mental** 2011;9(16):303-26.

BEZERRA JUNIOR, B. C. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. Physis. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, p. 243-250, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde – Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas**. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf > Acesso em: 29 de maio de 2017.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília; Ministério da Saúde; 23 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de *Saúde Mental*, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de *dados* sobre a Política Nacional de *Saúde Mental*. 48p. Disponível em http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS (2011). **Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde Ação Nacional - PTGM/MS nº 2.398/2011**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde; Coordenação de Saúde Mental; Coordenação de Gestão da Atenção Básica Ministério da Saúde. Circular conjunta n. 01, de 13 de novembro de 2003. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários** [Internet]. Brasília; 2003 [citado 2018 fev.]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 20 de novembro de 2017.

BUDÓ, M.L.D.; RESTA, D.G.; DENARDIN, J. M.; RESSEL L. B.; BORGES, Z. N. Práticas de cuidado em relação à dor – A cultura e as alternativas populares. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008 mar; 12 (1): 90 - 6.

CAMPOS, G. W. S. O público e o privado na saúde brasileira. *Rev. Le Monde Diplomatique*; Edição 8; Março 4, 2008. Disponível em <http://diplomatique.org.br/o-publico-e-o-privado-na-saude-brasileira/>. Acesso em 03 de fevereiro de 2018.

CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. GAMA, C. A. P.; CAMPOS, G. W. S.; TRAPÉ, T. L.; DANTAS, D. V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários . *REV. SAÚDE DEBATE*; RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 252-264, OUT 2014.

CARDOSO M. R. O.; OLIVEIRA P. T. R.; PIANI P. P. F. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. *Saúde em Debate* abr-jun 2016; 40(109): 86-99.

CARVALHO, M. N.; FRANCO, T. B. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [3]: 863-884, 2015.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. (2006). Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In R. Pinheiro & R. A. de Mattos (Orgs.), *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde* (pp. 165-184). Rio de Janeiro: Editora da ABRASCO.

CECÍLIO, L. C. de O. et. al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc. Saúde coletiva [online]* – 2012, vol.17, n.11, pp.2893-2902. ISSN 1413-8123.

CERQUEIRA Et. Al. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Org. Maria Paula Cerqueira Gomes - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

CFP, Conselho Federal de Psicologia. *Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do(a) psicólogo(a)*. Coordenação Nacional do CREPOP. Brasília, 2008.

COIMBRA, C. M. B., & NASCIMENTO, M. L. (2008). Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In A. R. R. Geisler, A. L. Abrahão & C. M. B. Coimbra (Orgs.). *Subjetividades, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos em saúde* (pp. 143-153). Niterói, RJ: EdUFF.

COSTA, A. B., et al. Construção de uma escala para avaliar a qualidade metodológica de revisões sistemáticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(8); 2441-2452, 2015.

DALGALARRONDO P. **Religião, Psicopatologia e Saúde Mental**. Porto Alegre: Artmed Editora; 2008.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre, 2000. Editora Artes Médicas do Sul. Disponível em: <https://monitoriapsiq2015.files.wordpress.com/2015/02/psicopatologia-e-semiologia-dos-transtornos-mentais-paulo-dalgalarrrondo.pdf>. Acesso em 22 de janeiro de 2018.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. In: Ministério da Saúde **Legislação em Saúde Mental - 1990 - 2000**. Brasília; 2000. p. 9-10. (Série E - Legislação em saúde, n. 4).

DIAS, R. M.; PASSOS, E.; SILVA, M. M. C. Uma política da narratividade: experimentação e cuidado nos relatos dos redutores de danos de Salvador, Brasil. **Interface; COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**. 2016; 20(58):549-558.

DIMENSTEIN M, LIBERATO M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cad Bras Saúde Mental** 2009;1(1):1-10.

DUNKER, C. I. L. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica**. São Paulo, Annablume, 2011.

FARIAS, L. Planos de saúde populares, desmonte do SUS e a Arapuca Qualicorp. Ver **Le Monde Diplomatique**; Acervo Online; Novembro 01; 2016. Disponível em <http://diplomatique.org.br/planos-de-saude-populares-desmonte-do-sus-e-a-arapuca-qualicorp/>. Acesso em 03 de fevereiro de 2018.

FAVERO-NUNES, M. A.; SANTOS, M. A. Itinerário Terapêutico Percorrido por Mães de Crianças com Transtorno Autístico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**; 2010; 23(2), 208-221.

FEITOSA, L. G. G. C.; SILVA, M. do R. de F. e. Política Pública Brasileira de Saúde Mental: uma revisão sobre o ordenamento da cidadania do portador de transtorno mental no contexto neoliberal, **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**, UFMA, Maranhão, 2013.

FERREIRA, D. C.; SILVA, G. A. Caminhos do cuidado – itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11): 3087-3098, 2012.

FERREIRA, J.; SANTO, W. E. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [1]: 179-198, 2012.

FERREIRA NETO, J. L. Retraçando os deslocamentos de Foucault: o lugar da biopolítica e da governamentalidade. In.: **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 20, n. 3 p. 365-376, jul./set. 2017. pp. 365-376.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FINKLER, A. L.; VIEIRA C.S.; TACLA M.T.; TOSO B.R.O. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. **Acta Paul Enferm.** 2014; 27(6): 548-53.

FOLETTI, E. F.; JACHISCH, S. E.; DOTTO, M. L.; SEVERO, C.; PAPPEN, E.; VALIM, A. R. de M. RENNEN, J. D.; POSSUELO, L. G. Itinerário terapêutico de pacientes com câncer colorretal tratados no interior do Rio Grande do Sul. **j oloproctol** (rio j). 2016; 3 6(2):91–96.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, (p.231-249) 1995.. Disponível em: <http://www.uesb.br/eventos/pensarcomfoucault/leituras/o-sujeito-e-o-poder.pdf>. Acesso em 04 de fevereiro de 2018.

FURTADO J. P. et al. CONCEPÇÃO DE TERRITÓRIO NA SAÚDE MENTAL. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(9):e00059116, set, 2016

GÁLVEZ, A. C.; DUQUE, J. F.; VELÁSQUEZ, L. E. A doença é outra?: itinerário terapêutico de fasciolose bovina em Rionegro (Antioquia). **Revista CES Medicina Veterinaria y Zootecnia** / Volumen 7 / Número 1 / Enero – Junio de 2012/ ISSN 1900-9607.

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – **Guia de Apoio a Moderadores**. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et AL. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: LCT, 1988.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Org. Maria Paula Cerqueira Gomes - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

GONZALES, Z. K.; BAUM, C. Desdobrando a Teoria Ator-Rede: Reagregando o Social no trabalho de Bruno Latour. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 142-157, 2013.

GRAVES, R. **Os mitos gregos**. Lisboa: Dom Quixote, 1990.

HAESBAERT, R. Território e Multiterritorialidade: Um debate. **GEOgraphia** – Ano IX – Nº17 – 2007.

HOFFMANN – HOROCHOVSKI, M. T. Benzeduras, garrafadas e costuras: considerações sobre a prática da benzeção. Guajú- **Revista brasileira de Desenvolvimento Sustentável Territorial**. 2015 Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/guaju/article/view/45038>. Acesso em: 22/12/2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=412820>. Acesso em: 30 novembro 2017.

JACQUES, M. da G. 2007. O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. **Psicol. Soc.** vol.19 no.spe. Porto Alegre, 2007.

JUNQUEIRA, S. R. **Competências profissionais na Estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe**. Módulo político gestor. UNA-SUS. UNIFESP. 2014. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf.

KANTORSKI, L. P.; ANDRADE, A. P. M.; CARDANO, M. Estratégias, expertise e experiências de ouvir vozes: entrevista com Cristina Contini. **Revista Interface; Comunicação Saúde Educação**: 2017; 21(63):1039-48.

KASTRUP, V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In: Lúcia Rabello de Castro e Vera Lopes Besset (orgs.). **Pesquisa-inter-venção na infância e juventude**. Rio de Janeiro: Nau, 2008, p. 465-489.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A.M.F (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo : HUCITEC, 1996.

LACAZ, F. A. de C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(4):757-766, abr, 2007.

LAGO, L. M.; MARTINS, J. de J.; SCHNEIDER, D. G.; BARRA, D. C. C.; NASCIMENTO, E. R. P.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMANN, A. L. Itinerário terapêutico dos usuários de uma emergência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl.1):1283-1291, 2010.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. da P. C. Construindo o Campo da Pesquisa: reflexões sobre a sociabilidade estabelecida entre pesquisador e seus informantes. **Saúde Soc. São Paulo**, v.16, n.3, p.169-177, 2007.

LIMA, C. S. de; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a Pesquisa bibliográfica. Ver. **Katál. Florianópolis** v.10 n. esp.; p.37-45, 2007.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **SAÚDE DEBATE**; RIO DE JANEIRO, V. 38, N. 102, P. 593-606, JUL-SET 2014.

LIMA, E.J.B. O cuidado em saúde mental e a noção de sujeito: pluralidade e movimento. In: SPINK, MJP., FIGUEIREDO, P., and BRASILINO, J., orgs. **Psicologia social e personalidade** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO, 2011, pp. 109-134.

MAFTUM, M. A. **O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná**. Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Programa Interunidades. Ribeirão Preto, 2004.

MARTINS, P. V.; IRIART, J. A. B. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [1]: 273-289, 2014.

MATTOSINHO, M.M.S; SILVA, D.M.G.V. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. **Rev Latino-am Enfermagem** 2007 novembro-dezembro; 15(6).

MENDES, E. V. **As redes de atenção a saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em 09 de janeiro de 2018.

MENDES, J. M. R. ;GARCIA, M. L. T. ; OLIVEIRA, E. F. A. ; FERNANDES, R. M. C. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 10, n. 2, p. 331 - 344, ago./dez. 2011.

MERINO, M.F.G.L., MARCON S.S. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2007 nov-dez; 60(6): 651-8.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**, Brasília, 2004.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional **Fractal, Rev. Psicol.** vol.20 no.1 Rio de Janeiro Jan./June 2008

NAFFAH NETO A. O estigma da loucura e a perda da autonomia. **Rev Bioética** 1998; 6(1): 81-87.

NEVES, R. F.; NUNES, M. O. Da legitimação a (res)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1): 211-220, 2010.

NUNES, E. D.; CASTELLANOS, M. E. P.; BARROS, N. F. de. A experiência com a doença: da entrevista a narrativa. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20[4]: 1341-1356, 2010.

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N.; MELLO, D.F.; LIMA, R.A.G. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** maio-jun. 2012; 20(3):[9 telas].

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos . **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 25 – n. 2, p. 391-414, Maio/Ago; 2013.

PAULON, S. M. A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, 17 (3), 18-25, set-dez: 2005.

PEREIRA, M. de O.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(10):2145-2154, out, 2014.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis (UERJ. Impresso)**, v. 21, p. 1297-1314, 2011.

PINHO, L; RIBEIRO, M. C. Saúde mental: uma canetada não apaga 30 anos de luta. **Le Monde Diplomatique**; dezembro 18, 2017. Disponível em: <http://diplomatique.org.br/saude-mental-uma-canetada-nao-apaga-30-anos-de-luta/>.

PRIBERAM. **Dicionário de Língua Portuguesa**. Disponível em: <https://www.priberam.pt/DLPO/>. Acesso em 02 jul. 2016, às 19:30h.

RAMOS, D.K.R.; GUIMARÃES, J.; ENDERS, B, C. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. . **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.519-27, abr./jun. 2011.

REINALDO, A.M.dos S.; SAEKI, T. Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. **Rev. Esc. Enferm. USP** 2004; 38(4): 396-405.

RIOS D.P.G.; MALACARNE J.; ALVES L.C.C.; SANT'ANNA C. C.; CAMACHO, L. A. B.; BASTA, P. C. Tuberculose em indígenas da Amazônia brasileira: estudo epidemiológico na região do Alto Rio Negro. **Rev Panam Salud Publica**. 2013;33(1): 22–29.

ROLNIK, S. Pensamento, Corpo e Devir: uma perspectiva ético/ estético/ política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade PUC-SP**. São Paulo, vol.1, no 2, 241-251, 1993.

ROLNIK, S. Subjetividade Antropofágica. Publicado em : Subjetividade Antropofágica / Anthropophagic Subjectivity. In: HERKENHOFF, Paulo e PEDROSA, Adriano (Edit.). **Arte Contemporânea Brasileira: Um e/entre Outro/s**, XXIV^a Bienal Internacional de São Paulo. São Paulo: Fundação Bienal de São Paulo, 1998. P. 128-147.

ROSA, L; CAVALCANTE, R. **Relação Família e Usuários de álcool e outras drogas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Recursos e estratégias do cuidado** [Recurso eletrônico]/Universidade Federal de Santa Catarina; Fátima Büchele; Magda Diniz Bezerra Dimenstein [orgs.]. - Florianópolis : Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201701/20170124-141853-001.pdf>. Acesso em 27 de janeiro de 2018.

ROTELLI , F. Superando o manicômio - o circuito psiquiátrico de Trieste. In: **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica** (P. Amarante, org.), pp. 149-169, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.

SANCHEZ RM, CICONELLI RM. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**.2012;31(3):260–8.

SANTIAGO, E.; YASUI, S. Santiago, E. & Yasui, S. Saúde mental e economia solidária: cartografias do seu discurso político. **Psicologia & Sociedade**, 27(3), 700-711; 2015

SANTOS, D. V. D. **A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO: da prescrição à escuta**. Tese de Doutorado- Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2014.

SANTOS, R. dos. **Porta Giratória: Conceito e Ocorrências nas Internações Psiquiátricas em Ribeirão Preto –SP**; Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; São Paulo, 2007.

SCHVARSBURG, G. Cartografar o movimento: narrativas da sarjeta. **ReDObRa**, v. 09, p. 160-178, 2012..

SESA/PR. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - PARANÁ. SPP/DVSAM. **Rede de Serviços de Saúde Mental do Paraná** (atualizada até Fevereiro 2017). Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/servicos_mental.pdf. Acesso em 10 de novembro de 2017.

SILVA, D. G. V.; SOUZA, S. S.; FRANCIONI, F. F.; MATOSSINHO, M. M. S.; COELHO, M. S.; SANDOVAL, R. C. B.; CUNHA, M. A.; FERREIRA, N. Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. **Rev Bras Enferm** 2006 maio-jun; 59(3): 297-302.

SIQUEIRA, S. M. C.; JESUS, V. S. de; CAMARGO, C. L. de. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. **Ciência & Saúde Coletiva**, Jan 2016, Volume 21 Nº 1 Páginas 179 - 189.

SOARES, C. A. **Experiências de crise: narrativas autobiográficas de sujeitos em sofrimento psíquico**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2016. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/22072/1/2016_dis_casoares.pdf. Acesso em 02 de fevereiro de 2018.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002.

TEDESCO, S. H; SADE, C and CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal, Rev. Psicol.** [online]. 2013, vol.25, n.2, pp.299-322. ISSN 1984-0292. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000200006>.

THAINES, G.H.L.S.; BELLATO, R.; FARIA, A.P.S.; ARAÚJO, L.F.S. A busca por cuidado empreendida por usuário com *diabetes mellitus* – Um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 57-66.

THORNICROFT G, BROHAN E, SARTORIUS N, LEESE M. Padrão global de discriminação experimentada e antecipada contra pessoas com esquizofrenia: estudo transversal. **Rev Latinoam Psicopat Fund** março 2009; 12(1): 141-160.

TORCHI, T. S.; ARAÚJO, S. T.; MOREIRA, A. G.; KOEPPE, G. B.; SANTOS, B. T. Condições clínicas e comportamento de procura de cuidados de saúde pelo paciente renal crônico. **Acta Paul Enferm.** 2014; 27(6):585-90.

VALDANHA-ORNELAS, É. D.; SANTOS, M. A. dos. O Percurso e seus Percalços: Itinerário Terapêutico nos Transtornos Alimentares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Mar 2016, Volume 32 Nº 1 Páginas 169 - 179.

VASCONCELOS, M. F. F. & MENDONÇA FILHO, M. (2009). Por uma genealogia das políticas de saúde mental contemporâneas: da produção de políticas identitárias e de modos variados de confinamento. In M. Mendonça Filho & M. T. Nobre (Orgs.), **Política e afetividade: narrativas e trajetórias de pesquisa** (pp. 181-210). Salvador: EDUFBA; São Cristóvão: EDUFS.

VEIGA, C. L.; INCROCCI, L. M. de M. C.; MELLO, A. da S.. Como a cartografia de controvérsias pode auxiliar na compreensão de elementos culturais na rede: experiências com uma inserção em uma associação de Maria da Fé/ MG. **DI Factum, Lorena**, v. 1, n. 1, p. 45-59, 2016.

VENTURIELLO, M. P. Itinerario terapêutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [3]: 1063-1083, 2012.

VISENTIN, A., LENARDT M.H. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta Paul Enferm.** 2010; 23(4): 486-92.

WADI, I. M. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. **Revista Tempo e Argumento**. Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 68 – 98, jan./jun. 2009.

WADI, Y. M. Processo de assistência psiquiátrica no Estado do Paraná: um ensaio sobre sua historicidade. **ANPUH – XXIV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA** – São Leopoldo, 2007

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, jun. 2008.

ZANARDO, G. L. de P.; SILVEIRA, L. H. de C.; ROCHA, C. M. F. and ROCHA, K. B. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2017, vol.20, n.3, pp.460-474. ISSN 1415-790X. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700030009>.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-
ESTRUTURADA DO USUÁRIO**

Iniciais do nome:

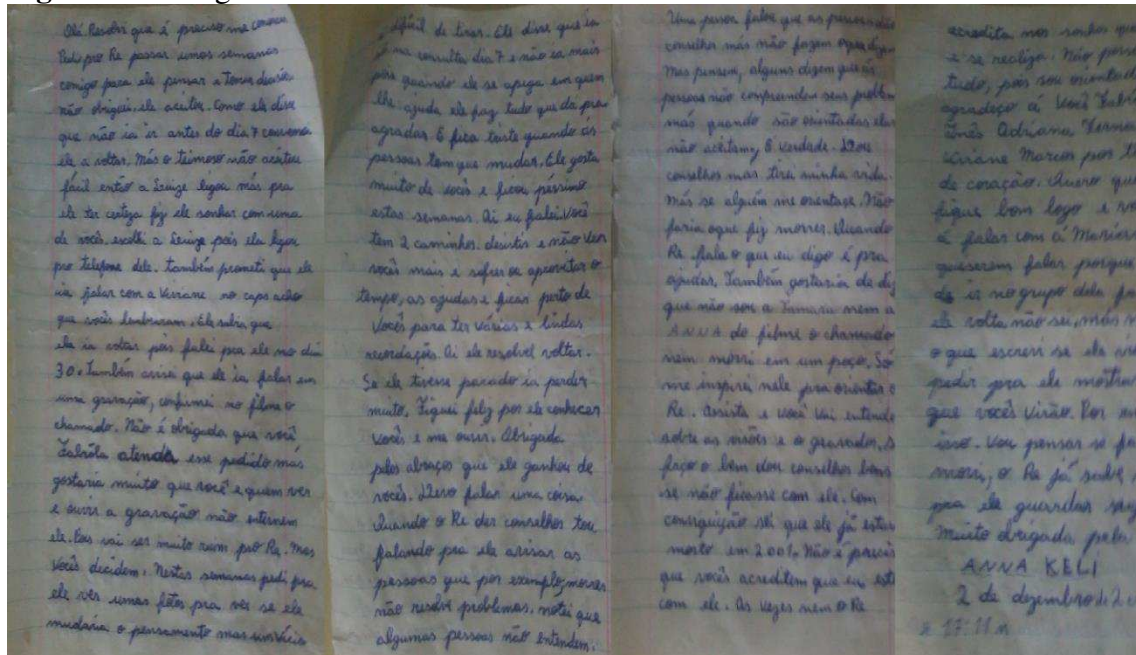
Idade:

Unidade e equipe técnica de referência:

01. Apresentação.
02. Você foi indicado para a pesquisa por realizar acompanhamento em saúde mental. Em qual momento e por qual motivo buscou auxílio nessa área (saúde mental)?
03. Quando você percebeu que havia algo diferente e que precisava de auxílio?
04. Quem buscou cuidado? Quando e por que começou a buscar cuidado?
05. Por quais lugares você passou? E como soube desses recursos?
06. O que você considera que causou o seu problema?
07. O que você considera que é necessário para auxiliar você em relação ao problema que possui?
08. Qual a sua expectativa em relação ao tratamento?
09. Você tem conhecimento do seu diagnóstico? O que sabe sobre isso?
10. Já teve internamento? Onde e quando?
11. Quais os efeitos do internamento no seu caso (se houver)? O que pensa sobre o internamento?
12. Há mais alguma coisa que queira falar?

ANEXO A – FOTOGRAFIA DA CARTA DE ECO

Figura 1 – Fotografia da carta de Eco



Fonte: a autora.